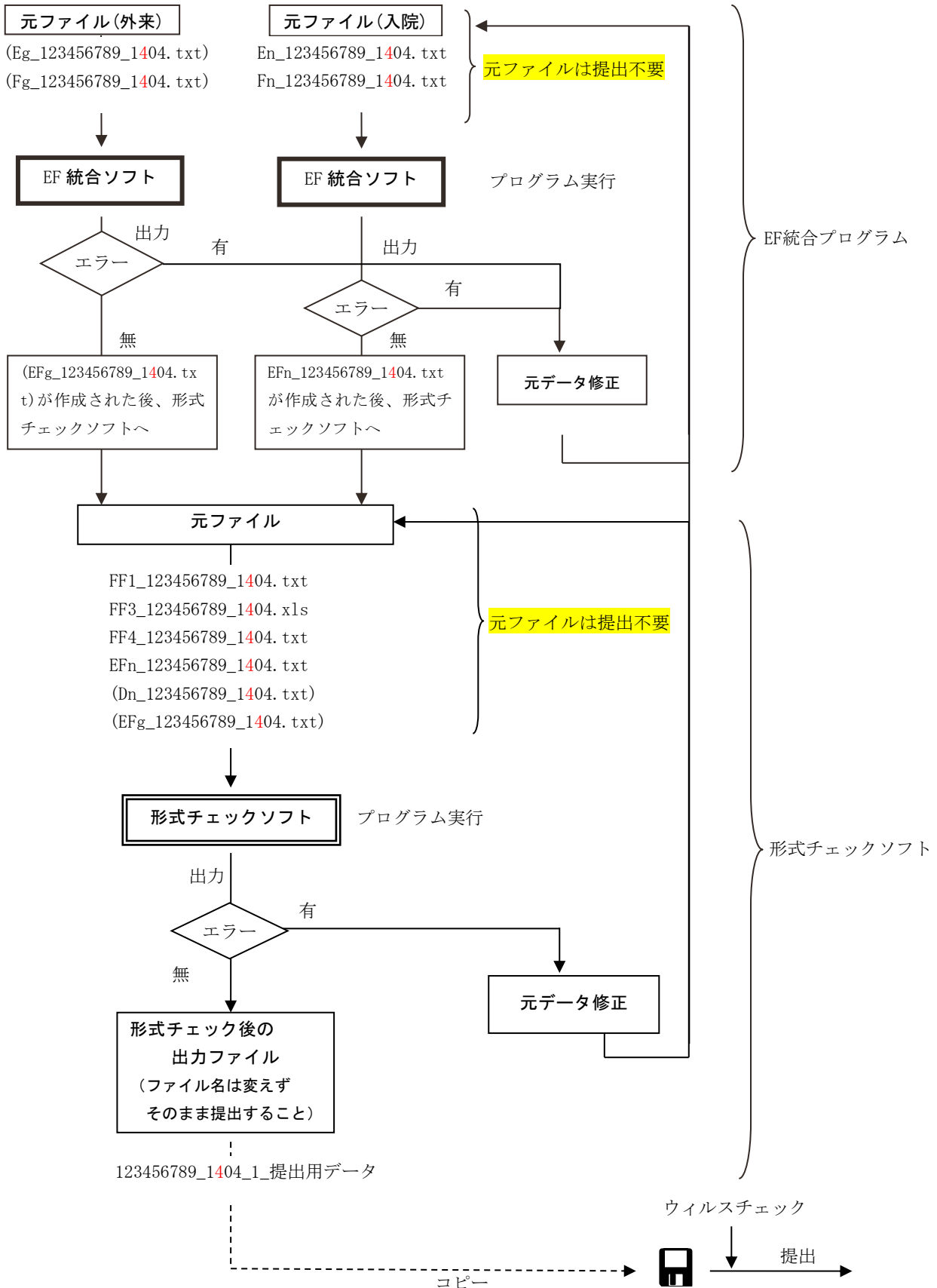

II

各様式と入力要領

データ提出に係る通則的事項

【形式チェック結果の添付】

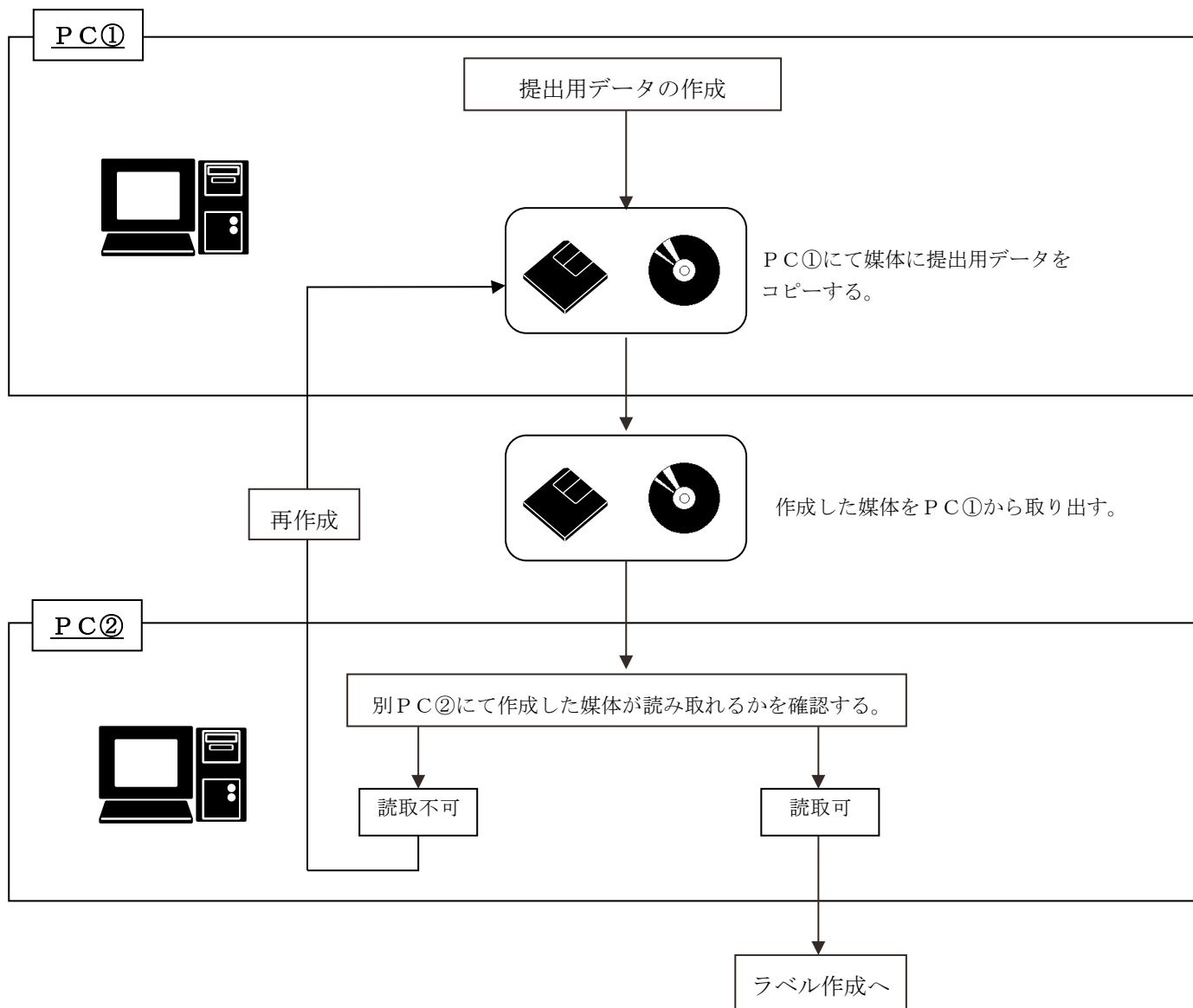


- ※括弧内は該当する医療機関のみ作成
- ※適宜、バックアップを取得すること
- ※媒体作成方法及びチェック方法については次頁参照

媒体作成方法及びチェック方法

提出用データの作成後、以下の手順を参考にして提出用媒体を作成する。

※正しくコピーできていない媒体や空の媒体で送付する医療機関が多々見受けられる。必ず確認すること。



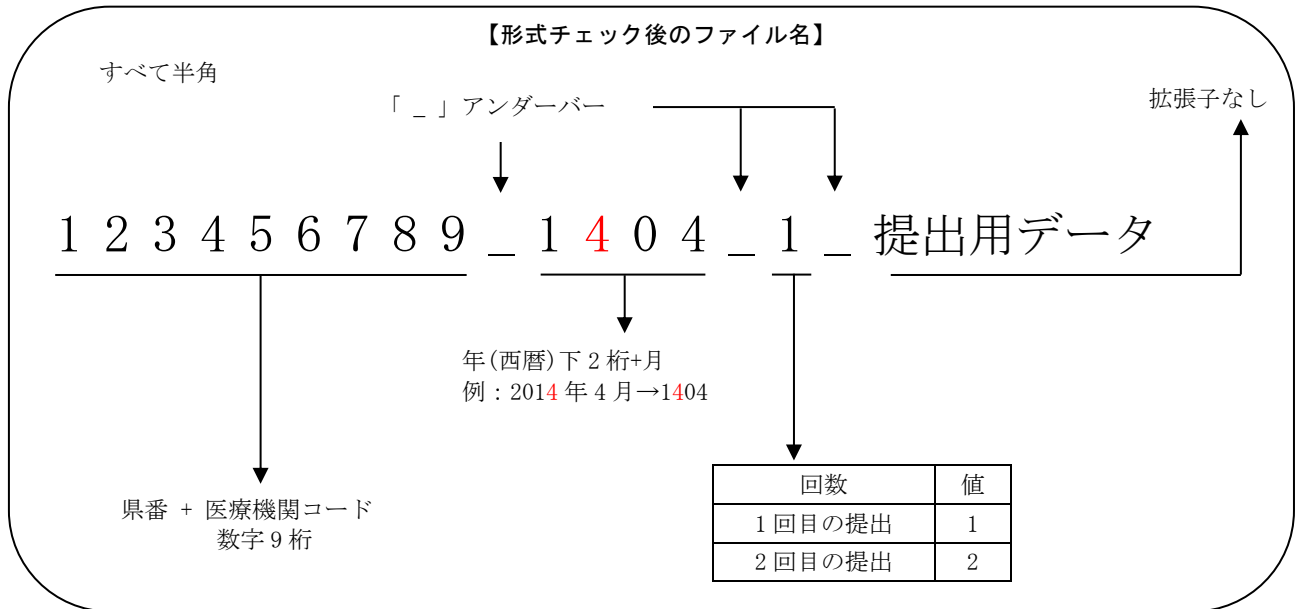
※使用可能な媒体については、P. 19を参照のこと。

形式チェックソフトを実行し、エラーがあった場合は提出しない。エラーがあった場合は必ず修正し、再度形式チェックソフトを実行し、出力された提出用データをそのままコピーして提出すること。

ただし、「W」のついたエラーコードは正しい値なのかを確認し、修正の必要がなければそのまま提出可とする。

※ 形式チェックソフト（本体）、マニュアルは6月中旬頃配布予定。操作方法についてはマニュアルを参照のこと。

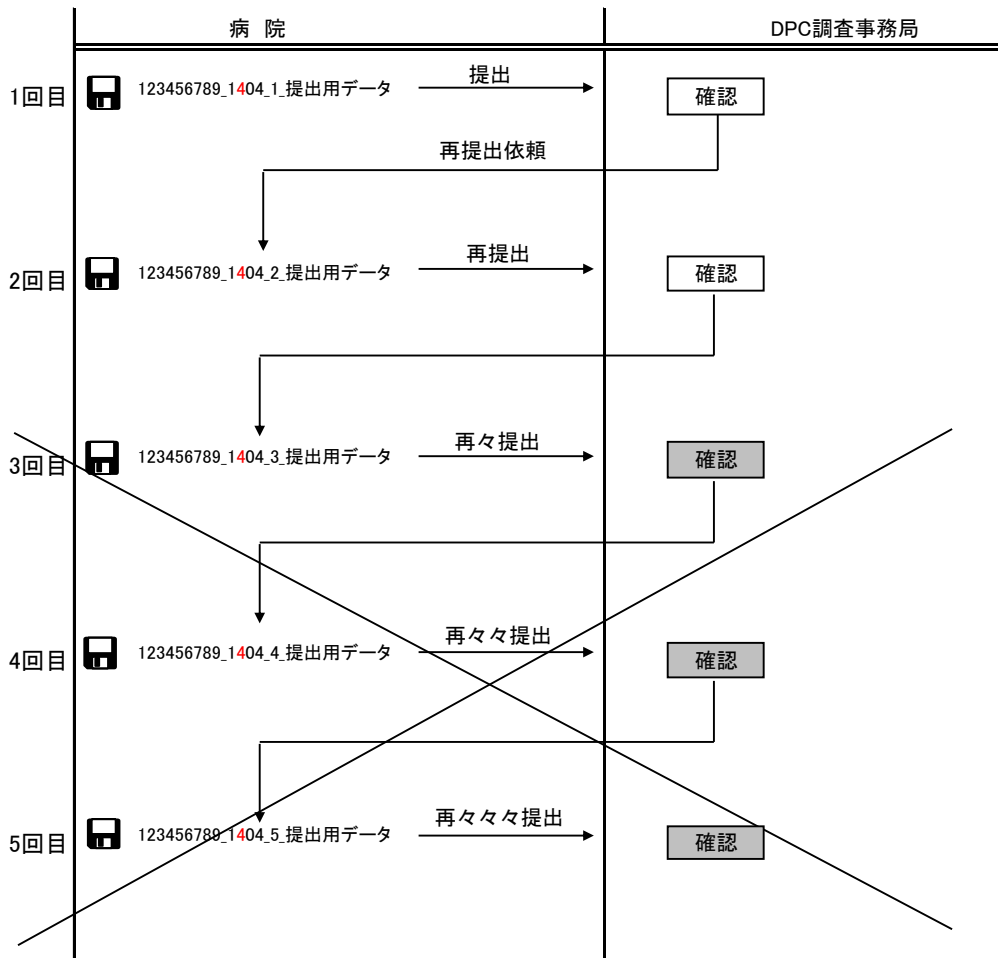
形式チェックソフト出力データ



※ 形式チェックソフトにデータをかけると、エラーが無ければ上記のファイル名が自動的に付与された提出用のファイルが自動的に作成される。

※ このファイル名は、絶対に修正等を行わないこと。

【データ再提出時のファイル名について】



※ 原則として再々提出以降は認めないが、セルフチェックやデータチェック等による場合はこの限りでは無い。

提出するファイル名及び媒体ラベルは以下の記載要領を参考に作成すること。

(1) ラベル表示の統一

次に示す形式でラベルの表示を統一する。

【ラベル記入例】

記入事項：

- (1) 施設名
- (2) 施設コード
- (3) 年月（下記参照）
- (4) 作成年月日
- (5) 再提出の場合は「再提出」と記載のこと

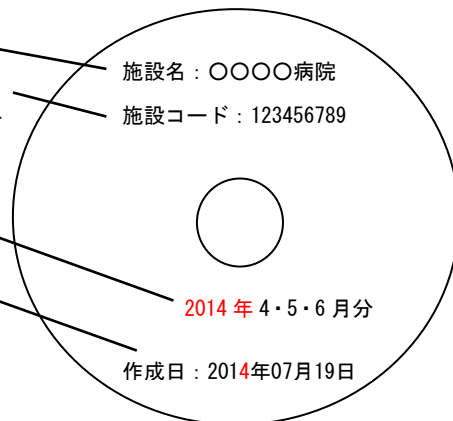
作成例①：

4・5・6月分
1回目の提出の場合



- (1) 施設名を記入
- (2) 施設コードを記入
(県番+医療機関コードの数字 9桁)
- (3) 年月を記入
- (4) 作成年月日を記入
年は西暦で表記

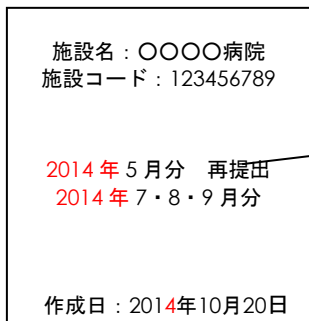
ラベルライター（テプラ等）は不可



1媒体に提出する各月ファイルを全て収める。
1媒体に収まらない場合は2媒体に分割も可。

作成例②：

2014年5月分 データに不備が見つかり再提出、2014年7・8・9月分を初回提出する場合。



- (5) 再提出の場合
「再提出」と記載のこと

ラベルライター（テプラ等）は不可



(2) その他の留意点

<共通>

- ① 提出媒体は、MO、CD-R、DVD-R、DVD+Rのいずれかとする。不意による事故等の消去や書き換えなどを防止するため、上記以外での提出は認めない。提出可能な規格は以下の通り。

CD	可否	DVD	可否	其他媒体	可否
CD-R	○	DVD-R	○	MO	○
CD-RW	×	DVD-R DL	×	FD	×
		DVD-RW	×	USB メモリ	×
		DVD-RAM	×	Blu-ray Disc	×
		DVD+R	○	SD メモリーカード	×
		DVD+R DL	×		
		DVD+RW	×		

- ② EFファイル統合ソフト及び形式チェック後のファイルの提出
必ずEFファイル統合ソフトを実行しEファイルとFファイルを統合し、エラーがないことを確認の上、形式チェックソフトを実行したデータを提出すること。
- ③ 媒体には形式チェック後の提出用データをそのままコピーして提出すること。
- ④ 提出媒体にコピー後、必ずウイルスチェックを行うこと。
- ⑤ データのバックアップ
毎回、提出したデータは必ずバックアップを行うこと。調査終了した時点で、一括してデータ返却を行う予定。
- ⑥ 媒体内にフォルダを作成しないこと。提出データは媒体の直下へコピーすること。
- ⑦ 複数月分のデータを1枚の媒体に収めてもよい。初回の提出の月分と再提出の月分の混在も構わない。
※ただし、異なる年度のデータを提出する際には、別々の封筒に入れて提出すること。
- ⑧ データの差し換え、調査途中でデータの返却等は受け付けない。
- ⑨ ラベルを貼る際は、はがれないようにしっかりと貼り付けること。

<MOで提出の際の留意点>

- ① MS-DOSフォーマット準拠の媒体を使用すること。
- ② 提出媒体を書き込み禁止状態で提出すること。
ライトプロテクトタブを記録可から記録不可にスライドすること。
- ③ 施設コード、施設名は媒体の表面になるようラベルに記載すること。
- ④ ラベルライター（テブラ等）は不可とする。
- ⑤ 記憶容量は問わない。

<CD、DVDで提出の際の留意点>

- ① 作成するには、どのPCでも読み取れるフォーマットにて作成し、必ず他のPCにて提出データが存在していることを確認の上、提出すること。
- ② 必ずプラスチックケースに入れて提出する。不織布ケース等は不可。
- ③ ラベルは媒体本体に表記すること。プラスチックケースのみの表記は不可。
- ④ ラベルを貼付する場合は専用のラベルを用いること。ラベルライター（テブラ等）は不可とする。手書きが可能な媒体であれば、手書きでも構わない。プリンターによる印字でも可。
- ⑤ CD、DVDは120mmディスクのみ使用可とする。
- ⑥ DVDについては片面記録用のみ使用可とする。
- ⑦ 記録容量・記録速度は問わない。

様式 1

【記録方式の変更】

既定時の調査項目変更への対応の柔軟性、目視性の良さ、データ処理速度等の観点から、データ記録方式を変更する。新しい様式1ファイルの構成は、次のとおりとする。

- ① ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。また、各レコードは、ヘッダ部およびペイロード部で構成する。
- ② ファイルは、複数の様式1により構成する。
- ③ 様式1は、同じヘッダ部の情報を持つ複数レコードにより構成し、その中でペイロード部の「コード」「バージョン」「連番」で昇順に記録する。
- ④ ペイロード部の「ペイロード1」から「ペイロード9」には、「コード」および「バージョン」で規定された情報を記録する。

【提出データ形式】

- ・タブ区切りテキスト形式

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	回数管理番号	統括診療情報番号	コード	バージョン	連番	ペイロード1(日付等)	ペイロード2(コード等)	ペイロード3	ペイロード4	ペイロード5	ペイロード6	ペイロード7	ペイロード8	ペイロード9(可変長文字列)
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000010	20140401	0	19640521	1	1920914						
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000020	20140401	0	20140401	1	0	0	100	0			
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000030	20140401	0	20140410	1	2	0					
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000031	20140401	0	20140401	20140410							
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000040	20140401	0		060	0						
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000050	20140401	0		1	0	0					
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000060	20140401	0		4	0						
123456789	0011223344	20140401	0	0	A000070	20140401	0	99999999	99999999							

特に断りがない場合は、入力する値は文字列情報として扱う。エクセル等に数字を入力する場合、数値情報では先頭が“0”の場合に先頭の“0”が消えてしまうため。(例 01001 → 1001)

入力しない場合、“0”、“ ” (スペース) で埋めることのないように注意すること。

特に規定をする場合を除き、原則入力必須であるので注意すること。疑い病名でも、指定の疾患がある場合は入力必須となる。

平成 26 年度 様式 1

大項目	必須条件等有	小項目	内容 (入力様式等)
-----	--------	-----	------------

1. ヘッダ部	○	(1) 施設コード	都道府県番号 (2 桁) + 医療機関コード (7 桁) 例 011234567 ※前ゼロ必須
	○	(2) データ識別番号	0~9 からなる 10 桁の数字 例 0123456789 ※前ゼロ必須
	○	(3) 入院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2014 年 4 月 1 日→20140401
	○	(4) 回数管理番号	入院時間が早いものから順に 1、2、3 とする。同日入退院でない症例については 0 とする。
	○	(5) 統括診療情報番号	1 入院サマリは 0。転棟の度に 1、2、3 とする、同一疾患での 7 日以内の再入院は A とする。

○ : 必須

※ : 次表【ペイロード項目】—「レコード必須条件等有」欄および「項目必須条件等有」欄を参照

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

2. ペイロード部	○	(1) コード	ペイロード部の情報種別（ペイロード種別）を表すコードを入力する。（次表「ペイロード項目」－「コード」参照）
	○	(2) バージョン	“20140401”を入力する。
	○	(3) 連番	連番が規定されている場合は、レコード順に“1”から入力する。連番が規定されていない場合は“0”を入力する。
	※	(4) ペイロード1（日付等）	(1) コードで規定された内容をそれぞれ入力する。（次表【ペイロード項目】－「内容」欄参照） 「ペイロード1」には【ペイロード項目】－「ペイロード番号」が1の内容を、「ペイロード2」には【ペイロード項目】－「ペイロード番号」が2の内容を入力する。以下同様。 内容が規定されていない場合や情報がない場合は、空欄（Null）とする。
	※	(5) ペイロード2（コード等）	
	※	(6) ペイロード3	
	※	(7) ペイロード4	
	※	(8) ペイロード5	
	※	(9) ペイロード6	
	※	(10) ペイロード7	
	※	(11) ペイロード8	
	※	(12) ペイロード9（可変長文字列）	

○：必須

※：次表【ペイロード項目】－「レコード必須条件等有」欄および「項目必須条件等有」欄を参照

「ペイロード1」から「ペイロード9」のすべての項目が空欄（Null）の場合は、当該レコードを作成しない。

【ペイロード項目】

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件等有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	----------	-----	-----------

A000010	患者属性	○	-	1	○	生年月日	0～9からなる8桁の数字 YYYMMDD 例 1970年5月1日→19700501
				2	○	性別	1. 男 2. 女
				3	○	患者住所地域の郵便番号	0～9からなる7桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須
A000020	入院情報	○	-	1	○	入院年月日	0～9からなる8桁の数字 YYYMMDD 例 2014年4月1日→20140401
				2	○	入院経路	入力要領を参照
				3	※A	他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有
				4	※A	自院の外来からの入院	0. 無 1. 有
				5	※A	予定・救急医療入院	入力要領を参照
				6	※A	救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有
				7	※A	入院前の在宅医療の有無	0. 無 1. 当院が提供 2. 他施設が提供 9. 不明

○：必須 ▲：ある場合必須

※A：A000020 入院情報 ②入院経路が“1”，“4”，“5”の場合に入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A000030	退院情報	○	-	1	○	退院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYYMMDD 例 2014 年 4 月 1 日→20140401
				2	○	退院先	入力要領を参照
				3	○	退院時転帰	入力要領を参照
				4	○	24 時間以内の死亡の有無	0. 入院後 24 時間以内の死亡無し 1. 入院後 24 時間以内の死亡有り 2. 救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り
				5	※B	退院後の在宅医療の有無	0. 無 1. 当院が提供 2. 他施設が提供 9. 不明
A000031	様式 1 対象期間	○	-	1	○	様式 1 開始日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYYMMDD 例 2014 年 6 月 1 日→20140601
				2	○	様式 1 終了日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYYMMDD 例 2014 年 6 月 1 日→20140601
A000040	診療科	○	-	2	○	診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入 ※前ゼロ必須
				3	○	転科の有無	0. 無 1. 有
A000050	病棟	○	-	2	○	調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照
				3	○	調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照
				4	○	調査対象となるその他の病棟への入院の有無	入力要領を参照
A000060	診療目的・経過	○	-	2	○	入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し（化学療法、放射線療法、抜釘） 4. その他の加療
				3	○	治験実施の有無	0. 無 1. 有
A000070	前回退院	○	-	1	○	前回退院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYYMMDD 例 2014 年 6 月 1 日→20140601
				2	○	前回同一疾病で自院入院の有無	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYYMMDD 例 2014 年 6 月 1 日→20140601
A000080	再入院調査	※1	-	2	○	再入院種別	1. 計画的再入院 2. 予期された再入院 3. 予期せぬ再入院
				3	○	理由の種別	入力要領を参照
				9	※C	自由記載欄	全角 100 文字以内で内容を入力
A000090	再転棟調査	※2	-	2	○	再転棟種別	1. 計画的再転棟 2. 予期された再転棟 3. 予期せぬ再転棟
				3	○	理由の種別	入力要領を参照
				9	※D	自由記載欄	全角 100 文字以内で内容を入力

○：必須 ▲：ある場合必須

※1：前回退院年月日より 6 週間以内の再入院の場合の親様式 1 に入力する

※2：1 入院内で DPC 算定病棟から DPC 算定病棟以外へ転棟しており、その後 DPC 算定病棟へ再転棟した場合に入力する

※B：A000030 退院情報 ②退院先が“1”～“9”の場合に入力する。

※C：A000080 再入院調査 ③理由の種別が“その他”の場合に入力する

※D：A000090 再転棟調査 ③理由の種別が“その他”の場合に入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A001010	患者プロフィール/身長・体重	○	-	2	○	身長	センチメートル単位入力 例 156
				3	○	体重	キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例 52.5, 53.0
A001020	患者プロフィール/喫煙指数	○	-	2	○	喫煙指数	喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数
A001030	患者プロフィール/褥瘡	○	-	2	○	入院時の褥瘡の有無	入力要領を参照
				3	○	退院時の褥瘡の有無	入力要領を参照
A002010	妊婦情報	○	-	2	○	現在の妊娠の有無	0.無 1.有 2.不明
				3	※E	入院時の妊娠週数	2桁の数字
A003010	出生児情報	※3	-	2	○	出生時体重	グラム単位入力 例 3000
				3	○	出生時妊娠週数	0～9からなる2桁の数字
A004010	高齢者情報	※4	-	2	○	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	0.無し 1.Ⅰ～Ⅱ以下 2.Ⅲ～Ⅳ・Ⅴ
A006010	診断情報/主傷病	○	-	2	○	ICD10コード	主傷病に対するICD10
				3	-	空欄	空欄
				9	○	主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
A006020	診断情報/入院契機	○	-	2	○	ICD10コード	入院の契機となった傷病名に対するICD10
				3	-	空欄	空欄
				9	○	入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
A006030	診断情報/医療資源	○	-	2	○	ICD10コード	医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10
				3	※F	病名付加コード	入力要領を参照
				9	○	医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
A006031	診断情報/医療資源2	▲	-	2	○	ICD10コード	医療資源を2番目に投入した傷病名に対するICD10
				3	-	空欄	空欄
				9	○	医療資源を2番目に投入した傷病名	医療資源を2番目に投入した傷病名
A006040	診断情報/併存症	▲	○	2	○	ICD10コード	入院時併存症名に対するICD10
				3	-	空欄	空欄
				9	○	入院時併存症名	入院時点で既に存在していた傷病名
A006050	診断情報/続発症	▲	○	2	○	ICD10コード	入院後発症疾患名に対するICD10
				3	-	空欄	空欄
				9	○	入院後発症疾患名	入院中に発生した傷病名

○：必須 ▲：ある場合必須

※3：新生児疾患の場合は入力する

※4：65歳以上の患者、又は40歳以上の介護保険が適用されている患者の場合は入力する

※E：A002010 妊婦情報 ②現在の妊娠の有無が“1”の場合は入力する

※F：A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コードがC340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、G618、I50\$, J841、S364\$, S368\$, S378\$に該当する場合に入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A007010	手術情報	▲	○	1	○	手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2014 年 7 月 1 日→20140701
				2	○	点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
				3	-	空欄	空欄
				4	○	手術回数	1. 初回 2. 再手術
				5	○	手術側数	0. 左右の区別のないもの 1. 右側 2. 左側 3. 左右
				6	○	麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. 脊椎+硬膜外 8. その他 9. 無
				9	○	手術名	名称
A008010	持参薬使用状況	※5	-	2	○	持参薬の使用の有無	入力要領を参照
ADL0010	ADL スコア/入院時	※6	-	2	○	入院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
ADL0020	ADL スコア/退院時	※7	-	2	○	退院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
CAN0010	がん患者/初発・再発	※8	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	がんの初発、再発	0. 初発 1. 再発
CAN0020	がん患者/UICC TNM	※9	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	UICC 病期分類(T)	入力要領を参照
				4	○	UICC 病期分類(N)	入力要領を参照
				5	○	UICC 病期分類(M)	入力要領を参照
				6	○	UICC 病期分類(版)	6. 第 6 版 7. 第 7 版
CAN0030	がん患者/Stage	※10	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	癌取り扱い規約に基づくがんの Stage 分類	入力要領を参照
CAN0040	がん患者/化学療法の有無	○	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	化学療法の有無	0. 無 1. 有（経口） 2. 有（経静脈又は経動脈） 3. 有（その他）
JCS0010	JCS/入院時	○	-	2	○	入院時意識障害がある場合の JCS	0. 無 1. 有 (1~300)R. 不穏 I. 糞尿失禁 A. 自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録

○：必須 ▲：ある場合必須

※5：予定・救急医療入院が予定入院、または化学療法実施目的の計画的な予定再入院の場合は入力する

※6：15歳以上の場合は入力する。但し、産科の患者は除く

※7：15歳以上の場合は入力する。但し、死亡退院・産科の患者は除く

※8：医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合は入力する

※9：がんの初発、再発が初発で有る場合は入力する。但し造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍を除く

※10：がんの初発、再発が初発で有る場合は入力する。但し消化器系癌*、骨腫瘍、悪性リンパ腫、副腎に限る

*食道癌、大腸癌、肝癌、胆道癌、膵臓癌を指す

コード	ペイロード 種別	レコード 必須 条件等 有	連 番	ペイ ロード 番号	項目 必須 条件 有	項目名	内容（入力様式等）
-----	-------------	------------------------	--------	-----------------	---------------------	-----	-----------

JCS0020	JCS/退院時	※11	-	2	○	退院時意識障害がある場合の JCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穏 I. 糞尿失禁 A. 自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
M010010	脳卒中患者/ 入院前	※12	-	2	○	発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
		※13	-	3	○	脳卒中の発症時期	入力要領を参照
M010020	脳卒中患者/ 退院時	※12	-	2	○	退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
M010030	脳腫瘍患者/ テモゾロミド	※14	-	2	○	テモゾロミド（初回治療）の有無	0. 無 1. 有
M040010	MDC04 患者/ Hugh-Jones	※15	-	2	○	Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
M040020	肺炎患者/ 重症度	※16	-	2	○	肺炎の重症度分類	入力要領を参照
M050010	心不全患者/ NYHA	※17	-	2	○	心不全の NYHA 心機能分類	1. レベル I 2. レベル II 3. レベル III 4. レベル IV
M050020	狭心症、慢性 虚血性心疾 患患者情報 /CCS	※18	-	2	○	狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS 分類	入力要領を参照
M050030	急性心筋梗 塞患者情報 /Killip	※19	-	2	○	急性心筋梗塞（050030）における入院時の重症度：Killip 分類	入力要領を参照
M060010	肝硬変患者 情報 /Child-Pugh	※20	-	2	○	肝硬変の Child-Pugh 分類	Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2 の場合は” 12132” と記入
M060020	急性膵炎患 者情報/ 重症度	※21	-	2	○	急性膵炎の重症度分類	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須

※11：死亡退院以外の場合は入力する

※12：入院契機病名が 010020, 010040~010070 に定義される傷病名の場合は入力する

※13：医療資源を最も投入した傷病名が 010020, 010040~010070 に定義される傷病名の場合は入力する

※14：医療資源を最も投入した傷病名が 010010 に定義される傷病名の場合は入力する

※15：医療資源を最も投入した傷病名が MDC04 に定義される傷病名の場合（6 歳未満の小児で分類不能な場合、04026x に定義される傷病名の場合は除く）は入力する

※16：15 歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が 040070、040080 に定義される傷病名の場合は入力する

※17：主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を 2 番目に投入した傷病名のいずれかに I110, I130, I132, I270, I272, I279, I50\$ を入力した場合に入力する

※18：医療資源を最も投入した傷病名が 050050 に定義される傷病名の場合は入力する

※19：医療資源を最も投入した傷病名が 050030 に定義される傷病名の場合は入力する

※20：診断情報で入力した傷病名のいずれかが 060300 に定義される傷病名の場合は入力する

※21：医療資源を最も投入した傷病名が 060350 に定義される傷病名の場合は入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

M070010	関節リウマチ患者情報/分子標的薬	※22	-	2	○	抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無	0. 無 1. 有
M120010	産科患者情報/分娩	※23	-	2	○	入院周辺の分娩の有無	1. 入院前1週間以内に分娩あり 2. 入院中に分娩あり 3. その他
				3	※G	分娩時出血量	分娩時出血量をミリリットル単位で記入
M160010	熱傷患者情報/BurnIndex	※24	-	2	○	BurnIndex	0~100の数字
M170010	精神疾患・認知症患者情報/入院時GAF	※25	-	2	○	入院時GAF尺度	入力要領を参照
M170020	精神保健福祉法に関する情報	※25	-	2	○	精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院
				3	○	精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入（単位 日）
				4	○	精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入（単位 日）
Mzz0010	その他の重症度分類	▲	-	2	-	その他の重症度分類・分類番号または記号	空欄
				9	-	その他の重症度分類・名称	空欄

○：必須 ▲：ある場合必須

※22：医療資源を最も投入した傷病名が070470に定義される傷病名で、かつ、インフリキシマブを使用した場合は入力する

※23：医療資源を最も投入した傷病名が120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270に定義される傷病名の場合は入力する

※24：診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される場合入力。ない場合は空欄(Null)とする

※25：医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

※G：M120010 産科患者/分娩 ②入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合は入力する

【ヘッダ項目】

(1) 施設コード

診療報酬明細書に記載する都道府県番号と医療機関コードを併せて入力する。

施設コード = 都道府県番号 (2桁) + 医療機関コード (7桁)

Q&A

Q：調査期間中に医療機関コードが変更になる予定だが、それに伴い施設コードを変更するのか。

A：調査期間中は同一の施設コードとすること。変更があっても本年度調査開始当初のコードとする。

Q&A

Q：医療機関コードとは医科と歯科でコードが異なるが、医科のコードでよいのか。

A：そのとおり。

(2) データ識別番号

診療録等の検索が可能なデータ識別番号等を、“0”～“9”からなる10桁の値で入力する。桁数が不足する場合は、当該文字列の前に“0”を必ず加えること。データ識別番号はカルテ番号である必要はない。

例 番号が52531111の場合 → 0052531111

注 データの型を数値ではなく文字列として入力しないと、先頭の“00”が省略されて“52531111”となってしまう、エラーデータ (桁不足) として除外されるため、注意すること。

院内で利用する患者IDと連結可能な匿名化番号を使用することが望ましい。なお、全調査データを通じて“1患者=1データ識別番号”とし、前年度調査からデータ識別番号を引き継ぐこと。

Q&A

Q：調査期間中に匿名化の方法を変更したいがよろしいか。

A：不可。調査期間中は1患者1番号に統一し、再入院した場合は前回入院と同じ番号とすること。その際、様式4・DEFファイルについても様式1と同一のデータ識別番号を用いること。

(3) 入院年月日

今回入院における実際の入院日を入力する。保険における入院日が実際の入院日と異なる場合があるので注意すること。

YYYY (西暦4桁) MM (月2桁) DD (日2桁) の値 (計8桁) を入力する。

例 入院年月日が2014年6月10日 → 20140610

Q&A

Q：再入院した場合の入院年月日は、保険請求における入院起算日ではなく再入院日になるのか。

A：そのとおり。

(4) 回数管理番号

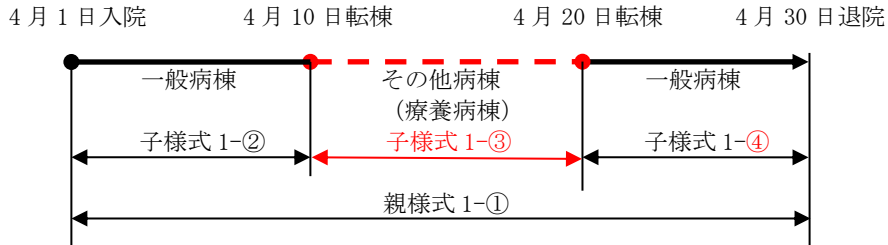
同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の症例については“1”を記録する。ただし、同じ日に1日入院の症例が複数あった場合は、入院時間の早いものから順に“1”、“2”、“3”と記録する。同一日に入退院を行っていない症例、子様式1、統括診療情報番号A、Bの様式1については“0”とする。

(5) 統括診療情報番号

入院日から退院日までの期間（親様式1）は統括診療情報番号を“0”とし、下記に定義する様式1対象病棟区分（「一般病棟」、「精神病棟」もしくは「その他病棟」）に在院していた期間（子様式1）を“1”とし、様式1対象病棟区分をまたがって転棟した場合“2”、“3”・・・とする。子様式1の場合、統括診療情報番号の飛び番号および重複は無いようにする。

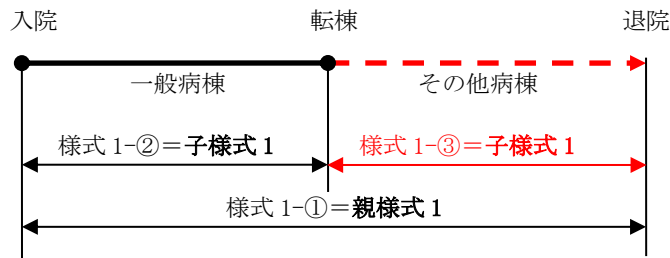
また、同一疾病で7日以内の再入院をした場合の集約された様式1については“A”とする。本資料「様式1の作成方法まとめ」のパターン14、18のようなケースの場合は、“B”とする。

例 4月1日に一般病棟に入院し、4月10日に療養病棟に転棟し、4月20日に一般病棟に再転棟した後4月30日退院した。



	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
親様式 1-①	0	20140401	20140430	20140401	20140430
子様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409
子様式 1-③	2	20140401	00000000	20140410	20140419
子様式 1-④	3	20140401	20140430	20140420	20140430

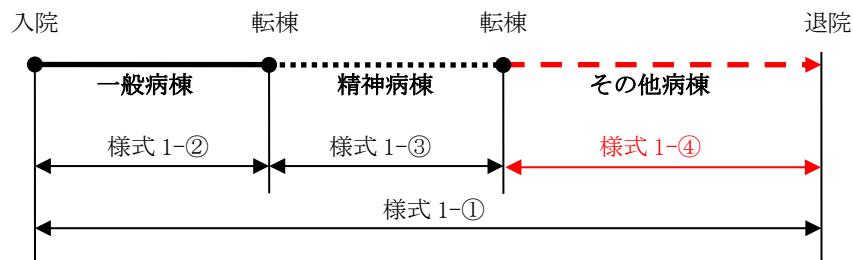
本調査説明資料では、様式 1-①のような入院日から退院日までの期間のものを「親様式 1」、様式 1-②のような一部の入院期間中のものを「子様式 1」として以降説明する。



一般病棟のみ、精神病棟のみまたはその他病棟のみで入退院した場合、親様式 1 のみ作成し、子様式 1 の作成は行わない。
 （平成 26 年度よりは「その他病棟」とされている期間においても「子様式 1」として作成を行うこととするが、平成 26 年 3 月 31 日までにデータ提出加算の届出を行っている医療機関（平成 26 年度経過措置対応）およびデータ提出加算の届出を行っていない医療機関においては「その他病棟」とされている期間についての作成は任意となる。）

様式1 対象病棟区分

1. 「**一般病棟**」図解の様式 1-②とは、以下の入院基本料、特定入院料等を算定する（**届け出ている**）病棟（一部病床）をいう。
 - ・一般病棟入院基本料（7 対 1、10 対 1、13 対 1、15 対 1）
 - ・特定機能病院入院基本料（一般）
 - ・専門病院入院基本料（7 対 1、10 対 1、13 対 1）
 - ・救命救急入院料
 - ・特定集中治療室管理料
 - ・ハイケアユニット入院医療管理料
 - ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 - ・小児特定集中治療室管理料
 - ・新生児特定集中治療室管理料
 - ・総合周産期特定集中治療室管理料
 - ・新生児治療回復室入院医療管理料
 - ・一類感染症患者入院医療管理料
 - ・小児入院医療管理料
 - ・短期滞在手術等基本料（3 のみ）
 - ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。
2. 「**精神病棟**」様式 1-③とは以下の入院基本料、特定入院料を算定する病棟をいう。
 - ・精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1、15 対 1、18 対 1、20 対 1）
 - ・特定機能病院入院基本料（精神）
 - ・精神科救急入院料
 - ・精神科急性期治療病棟入院料（1 および 2）
 - ・精神科救急・合併症入院料
 - ・児童・思春期精神科入院医療管理料
3. 「**その他病棟**」とは上記以外の入院基本料、特定入院料等を算定する病棟をいう。
 - ・障害者施設等入院基本料
 - ・短期滞在手術等基本料（2）
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ・亜急性期入院医療管理料
 - ・**地域包括ケア病棟入院料**（地域包括ケア入院医療管理料を含む）
 - ・結核病棟入院基本料
 - ・療養病棟入院基本料
 - ・特殊疾患入院医療管理料
 - ・認知症治療病棟入院料 等



【ペイロード項目】

・ A000010 患者属性

① 生年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 生年月日が1977年6月10日 → 19770610

Q&A

Q：患者の生年月日が不明の場合、どのように入力すればよいか。

A：部分的に不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。但し、月日が分かっている場合でも生年が不明の場合は「00000000」とする。

例：2012年のある日に推定年齢40歳の場合→「19710000」（MMDDを0000と入力する）

② 性別

男性は“1”を、女性は“2”を入力する。

③ 患者住所地域の郵便番号

患者が入院した時点における患者住所（患者が普段生活している場所※）の郵便番号7桁を入力する。

※ 例えば保険証の住所が新潟県であっても、普段生活の拠点としている住所が東京都であれば、東京都の住所に従った郵便番号を入力する。

なお、入院した時点での患者住所の郵便番号が不明な場合は、“0000000”を入力する。

例 郵便番号が〒100-8916 → 1008916

Q&A

Q：患者が海外在住の場合、どのように入力すればよいか。

A：患者の住所が海外の場合は「9999999」と入力する。

Q&A

Q：一般病棟で入院し、療養病棟へ転棟するまでに住所変更があった場合、どのように入力するか。

A：入院した時点の情報であるために、転棟後であっても入院時の郵便番号を入力する。

・ A000020 入院情報

① 入院年月日

ヘッダ項目の“入院年月日”と同じ値を入力する。

② 入院経路

入院にいたる経路について、該当する値を入力する。

子様式1で他病棟からの転棟があった場合は“0”院内の他病棟からの転棟を入力する。

“1”、“4”、“5”を入力した場合には、さらに同項目の③から⑦までの項目についても値を入力すること。

値	区分
0	院内の他病棟からの転棟
1	家庭からの入院
4	他の病院・診療所の病棟からの転院
5	介護施設・福祉施設に入所中
8	院内で出生
9	その他

Q&A

Q：院内出生した新生児が、数日後NICUに入った。この場合、「8. 院内で出生」とするのかわ。

A：そのとおり。

Q&A

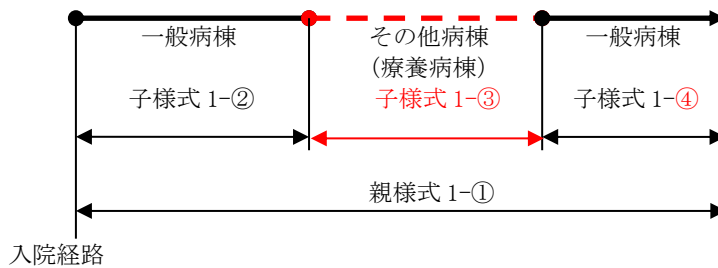
Q：社会福祉施設からの入院はどこに該当するのかわ。

A：「5. 介護施設・福祉施設に入所中」とする。

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親様式は入院時点。他病棟から転棟した子様式1は「0」となる。

例 4月1日入院 4月10日転棟 4月20日転棟 4月30日退院



入院経路

	入院経路
親様式 1-①	入院時点（4月1日時点）で“1”から“9”を選択する。
子様式 1-②	入院時点（4月1日時点）で“1”から“9”を選択する。
子様式 1-③	「0」院内の他病棟からの転棟を選択する。
子様式 1-④	「0」院内の他病棟からの転棟を選択する。

A病棟からB病棟へ転棟した場合のB病棟の子様式1の入院経路は全て「0. 院内の病棟からの転棟」となる。

A病棟	B病棟	入院経路
一般病棟	精神病棟	精神病棟の子様式1の入院経路は「0. 院内の他病棟からの転棟」
その他病棟	精神病棟	〃
精神病棟	一般病棟	一般病棟の子様式1の入院経路は「0. 院内の他病棟からの転棟」
その他病棟	一般病棟	〃

③ 他院よりの紹介の有無（②入院経路が“1”、“4”、“5”のときのみ入力）

保険診療における紹介率の計算の対象となる文書により紹介された患者（ただし、救急用自動車で搬送された患者を除く。）の場合は「有」の“1”を入力する。具体的には、紹介状等の文書を確認できる場合に限り「有」の“1”を入力する。また、電話紹介、名刺による紹介等、確認ができない場合は「無」の“0”を入力する。

入院の多くのケースは、紹介された後、自院の外来を数回受診して入院となるが、この場合には、他院よりの紹介「有」と考える。

過去に紹介により通院していた患者が入院になった場合、紹介された時点と同じ又はこれに関連する傷病のときであっても、紹介された時点と関連のない傷病の時であっても、過去に紹介状の確認ができていれば他院よりの紹介「有」として判断してよい。

紹介の有無は初診時まで遡ることが望ましいが、事情により実施が困難である場合は、今回の入院（診療録）における他院よりの紹介の有無で判断してもよい。

④ 自院の外来からの入院（②入院経路が“1”、“4”、“5”のときのみ入力）

自院の外来から入院した場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

同一傷病か、同一診療科によるものかは問わない。（ただし、初診後に即入院した患者、明らかに別疾病による救急患者は「無」とする。）

⑤ 予定・救急医療入院（②入院経路が“1”、“4”、“5”のときのみ入力）

予定入院の場合は“100”、予定された再入院で、かつ、再入院時に悪性腫瘍患者に係る化学療法を実施する場合は“101”を、救急医療入院以外の予定外入院の場合は“200”を、救急医療入院の場合は“3**”を入力する。（**には下記の理由を記載する数字が入る）

※“100”、“101”がレセプトの「予定入院」、「200」「3**」が「緊急入院」と対応

「救急医療入院」とは次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたものを指す。（参考：これらはA205 救急医療管理加算の患者要件と同一である。）

「救急医療入院」に該当する場合は、以下のいずれの要件に該当するか、二桁の番号(**)を付与すること。

- 01 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 02 意識障害又は昏睡
- 03 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 04 急性薬物中毒
- 05 ショック
- 06 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 07 広範囲熱傷
- 08 外傷、破傷風等で重篤な状態

09 緊急手術を必要とする状態

10 その他上記の要件に準ずるような重篤な状態

例) 意識障害を理由に「救急医療入院」となった場合は、「302」と入力。

<補足>

本項は患者の状態像のみで「救急医療入院」に該当するかを判断する。すなわち、医療機関が施設基準を満たしていない若しくは医療機関が施設基準を満たしているが、輪番制の担当日でなく体制が整っていないため、A205の算定要件を満たさない等の理由により救急医療管理加算が算定出来ない場合であっても、患者が要件を満たしている場合は「救急医療入院」とする。

また、救急医療管理加算1を算定した場合（定義される状態像の患者）については「301」～「309」を、救急医療管理加算2を算定した場合（定義される状態像の患者）については「310」を入力することとする。

化学療法実施目的の計画な予定再入院の「101」については、7日以内の期間に関係なく一連の入院として取り扱う再入院ルールの適応外となる場合には必ず入力することとする。

⑥ 救急車による搬送の有無（②入院経路が「1」、「4」、「5」のときのみ入力）

救急車による搬送により入院した場合は「有」の「1」を、それ以外の場合は「無」の「0」を入力する。

病院間の搬送は対象とならない。但し、他院にて対応不能であり搬送された場合については「有」としてよい。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリにより出動した場合は「有」と判断してよい。

⑦ 入院前の在宅医療の有無（②入院経路が「1」、「4」、「5」のときのみ入力）

入院直前においての、在宅医療の実施状況を入力する。

在宅医療を実施していない場合は「0」を、当院が提供している場合は「1」を、他施設が提供している場合は「2」を入力する。実施状況が把握できない場合は「9」を入力する。

ここでいう在宅医療とは、以下の「1」～「3」のいずれかに該当するものを指す。（参考：これらは患者調査における在宅医療と同一である。）

「1」. 往診：患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。

「2」. 訪問診療：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。

「3」. 医師・歯科医師以外の訪問：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者（公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内）が訪問して実施されるものをいう。

Q&A

Q：自院と特別な関係にある施設により、在宅医療を実施していた場合はどうなるのか。

A：「2:他施設が提供」とする。

Q&A

Q：介護保険の適用範囲とはどの範囲か。

A：・居宅サービス、介護予防サービスのうち以下のもの

「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」

・地域密着型サービスのうち以下のもの

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス（訪問看護を利用する者に限る）」をいう。

・ A000030 退院情報

① 退院年月日

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 退院年月日が2014年6月10日 → 20140610

子様式1で転棟し、入院が継続する場合は 00000000 を入力する。

Q&A

Q：3/10 入院し医療保険で算定を行っていたが 3/20 に他保険切り替え 4/15 に退院した場合の入院年月日、退院年月日はどのようなになるのか。

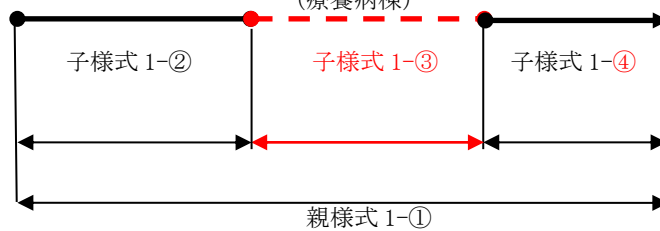
A：入院年月日：3/10 退院年月日：4/15 となる。保険・自費にかかわらず入院した日を入院年月日、退院した日を退院年月日とする。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：入院年月日、退院年月日はあくまで入退院した日付を入力する。親・子様式 1 とともに同じ入院日となる。退院年月日は退院した日と入力するが、転棟し入院を継続する場合は 00000000 となる。

例 4月1日入院 4月10日転棟 4月20日転棟 4月30日退院
 一般病棟 其他病棟 (療養病棟) 一般病棟



	入院年月日	退院年月日
親様式 1-①	20140401	20140430
子様式 1-②	20140401	00000000
子様式 1-③	20140401	00000000
子様式 1-④	20140401	20140430

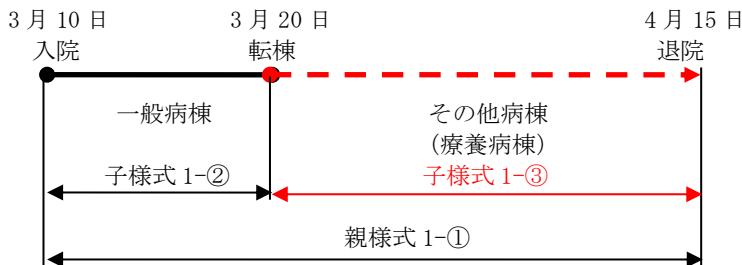
子様式 1-②、子様式 1-③の退院年月日は 00000000 となることに注意する。

Q&A

Q：3/10 一般病棟に入院し 3/20 に療養病棟に転棟し 4/15 に退院した場合の入院年月日、退院年月日はどのようなになるのか。

A：4/1 以前にその他病棟へ転棟した場合、この例では 3/10～3/20 の子様式 1 は前年度の調査実施説明資料に基づいて作成が必要となる。親様式 1（3/10～4/15）は 4 月分として提出する。

例



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日
親様式 1-①	20140310	20140415
子様式 1-②	20140310	00000000
子様式 1-③	20140310	20140415

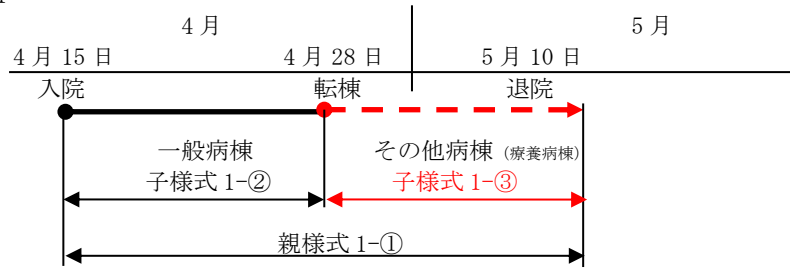
親様式 1-①、子様式 1-③は今年度 4 月分として作成する。

子様式 1-②は前年度 3 月分として作成する。

Q：一般病棟から療養病棟へ転棟し月をまたいで退院した場合は、どのように入力し提出するのか。

A：子様式1で転棟し退院していない場合は”00000000”と入力し、転棟した当該月で提出する。

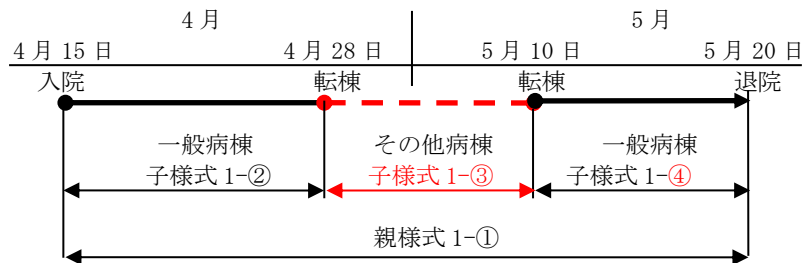
例1



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日	備考
親様式 1-①	20140415	20140510	5月分として提出
子様式 1-②	20140415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20140415	20140510	5月分として提出

例2



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日	備考
親様式 1-①	20140415	20140520	5月分として提出
子様式 1-②	20140415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20140415	00000000	5月分として提出
子様式 1-④	20140415	20140520	5月分として提出

② 退院先

退院先について、該当する“0”、“1”、“2”、“3”、“4”、“5”、“6”、“7”、“8”、“9”の値を入力する。

値	区 分	定 義
0	院内の他病棟への転棟	子様式1で他病棟へ転棟し、入院を継続する場合
1	家庭への退院（当院に通院）	<ul style="list-style-type: none"> ・引続き当該病院の外来診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。） ・特に外来での治療は要さないが、定期的に経過観察等のため来院するように医師が指示した場合
2	家庭への退院（他の病院・診療所に通院）	<ul style="list-style-type: none"> ・引続き他の病院、診療所の外来診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。他医で引続き診療を受けながら時々経過観察等のため外来へ来るよう指示した場合を含む。） ・患者から他の病院、診療所の外来診療を受けたい旨申し出があり、医師が必要があると認めた場合（人間ドックを除く。）
3	家庭への退院（その他）	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後外来診療を要しないと医師が判断した場合 ・人間ドックの退院の場合（所見の有無にかかわらず）等
4	他の病院・診療所への転院	他院へ転院（入院）した場合 <ul style="list-style-type: none"> ・介護療養型医療施設（介護療養病床）への転院を含む
5	介護老人保健施設に入所	介護老人保健施設（介護保険法第8条第27項に規定）への入所
6	介護老人福祉施設に入所	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所 <ul style="list-style-type: none"> ・「介護老人福祉施設」（介護保険法第8条第26項に規定） ・「特別養護老人ホーム」（老人福祉法第20条の5に規定）
7	社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所	社会福祉施設（社会福祉法に基づく施設）および介護サービスを提供する居住施設（老人福祉法に基づく施設）等への入所 <ul style="list-style-type: none"> ・「社会福祉施設」（社会福祉法第2条第2項に規定する第一種社会福祉事業を行う施設） ・「有料老人ホーム」（老人福祉法第29条に規定） ・「養護老人ホーム」（老人福祉法第20条の4に規定） ・「軽費老人ホーム」（社会福祉法第65条、老人福祉法第20条の6に規定） ・「認知症高齢者グループホーム」（老人福祉法第5条の2第6項に規定）
8	終了（死亡等）	死亡退院の場合 等
9	その他	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 以外の場合

退院先の場所に基づき、「1」～「9」のいずれかを選択する。「4」～「8」のいずれかに該当する場合は、そちらを優先して入力すること。また、退院先が家庭である場合は、退院後の通院予定に基づき「1」～「3」のいずれかを選択する。また、「1」については自院の外来のみで継続して診療する場合に選択すること。

（参考）

老人福祉系サービスを提供する施設一覧

施設名	調査項目
介護療養型医療施設	4 他の病院・診療所への退院
介護老人保健施設	5 介護老人保健施設に入所
特別養護老人ホーム	6 介護老人福祉施設に入所
養護老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
軽費老人ホーム（A型・B型）	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
軽費老人ホーム（ケアハウス）	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
有料老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
認知症対応型老人共同生活支援事業（グループホーム）	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
老人短期入所施設	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
老人デイサービスセンター	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
老人福祉センター	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
小規模多機能型居宅介護	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
サービス付き高齢者住宅	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）

社会福祉施設一覧（第一種社会福祉事業を提供する施設）

系統	施設名	調査項目
生活保護法系	救護施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	更正施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
児童福祉法系	乳児院	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	母子生活支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	児童養護施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	知的障害児施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	知的障害児通園施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	盲ろうあ児施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	肢体不自由児施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	重症心身障害児施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	情緒障害児短期治療施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	児童自立支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
老人福祉法系	養護老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	特別養護老人ホーム	6 介護老人福祉施設に入所
	軽費老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
身体障害者福祉法系	身体障害者更生施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	障害者支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	身体障害者福祉ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	身体障害者授産施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
知的障害者福祉法系	知的障害者更生施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	障害者支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	知的障害者通勤寮	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
売春防止法系	婦人保護施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所

Q&A

Q：第1種社会福祉事業である「知的障害児施設」、「盲ろうあ児施設」、「肢体不自由児施設」等は平成24年度制度改正において「障害児入所施設」となったが退院先は何になるのか。

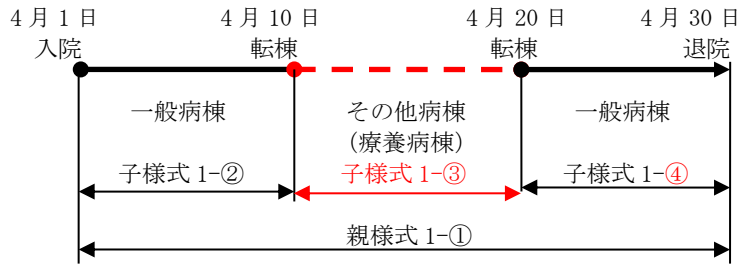
A：第1種社会福祉事業にあたるために「7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所」とする。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親様式1は退院時点。子様式1で入院を継続する場合は「0」院内の他病棟への転棟を入力する。

例



退院先

	②退院先
親様式1-①	4月30日退院時点を「1」から「9」から選択する。
子様式1-②	「0」院内の他病棟への転棟を入力する。
子様式1-③	「0」院内の他病棟への転棟を入力する。
子様式1-④	4月30日退院時点を「1」から「9」から選択する。

A病棟からB病棟へ転棟した場合のA病棟の子様式1の退院先は全て「0. 院内の他病棟への転棟」となる。

A病棟	B病棟	②退院先
一般病棟	精神病棟	一般病棟の子様式1の退院先は「0. 院内の他病棟への転棟」
一般病棟	その他病棟	〃
精神病棟	一般病棟	精神病棟の子様式1の退院先は「0. 院内の他病棟への転棟」
精神病棟	その他病棟	〃

Q&A

Q：退院先が介護老人保健施設・介護老人福祉施設で、今回入院疾患を引き続き外来でフォローする場合、どのように入力すればよいか。

A：「5:介護老人保健施設に入所」もしくは「6:介護老人福祉施設に入所」を入力する。

③ 退院時転帰

退院時における転帰について、主治医の判断したものに基づく区分に該当する「1」～「7」、「9」の値を入力する。
 なお、正常分娩及び人間ドックの場合は、「その他」に該当するものとして「9」を入力する。

値	区 分
1	最も医療資源を投入した傷病が治癒したと判断される場合
2	最も医療資源を投入した傷病が軽快したと判断される場合
3	最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合
4	最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
5	最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
6	最も医療資源を投入した傷病による死亡
7	最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
9	その他（検査入院含む）

Q&A

Q：3/10 一般病棟に入院し 3/20 に療養病棟に転棟し 4/15 に退院した場合の退院時転帰は 3/20 時点のものか、4/15 時点のものか。

A：3/10～4/15 の親様式 1 は 4/15 時点のもの。

3/10～3/19 の子様式 1 は 3/20 時点のもの（前年度 3 月分として子様式 1 を提出）。

3/20～4/15 の子様式 1 は 4/15 時点のもの（今年度 4 月分として子様式 1 を提出）。

Q&A

Q：転帰の判定に迷う場合はどのようにしたらよいのか。

A：転帰とは、あくまで今回の入院時と比較してのものであり、必ずしも原疾患そのものに対してのものではない。したがって、今回の入院において、入院時と退院時と比較した結果によって転帰を判断するものである。さらに、退院時の判断によるものであるから、以後の転帰を保証するまたは考慮したものではない。例えば、医師が退院時に転帰を判断した後、それ以降、患者の状況が変化した場合でも退院時の転帰を覆すものではない。判定は、以下の定義を参照の上判断すること。

転帰	定 義
治癒	退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、または、それに準ずると判断されたもの。
軽快	疾患に対して治療行為を行い改善がみられたもの。原則として、その退院時点では外来等において継続的な治療を必要とするものであるが、必ずしもその後の外来通院の有無については問わない。
寛解	血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。
不変	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては適用しない。
増悪	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。

Q&A

Q：加療はなく検査のみを目的とした場合の転帰は「4 不変」とするののか。

A：「9 その他」とする。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名は軽快であるが入院時併存症は治癒の場合、「1 治癒」としてよいか。

A：「2 軽快」とする。医療資源を最も投入した傷病名の転帰を入力する。

Q&A

Q：退院後に外来にて抜糸が必要だが、「1 治癒」と判定してよいか。

A：「治癒」とはならない。

※参考

事務連絡 平成 20 年 10 月 15 日 疑義解釈資料の送付について（その 5）より

（問 4）A200 入院時医学管理加算の施設基準にある「治癒」に定義はあるのか。

（答）退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、またはそれに準ずると判断されたものである。

事務連絡 平成 20 年 12 月 26 日 疑義解釈資料の送付について（その 6）より

（問 2）「疑義解釈資料の送付について（その 5）」（平成 20 年 10 月 15 日事務連絡）問 4 において、A200 入院時医学管理加算の施設基準にある「治癒」の定義として、「退院時に、退院後に外来通院治療の必要が全くない、またはそれに準ずると判断されたもの」とされたが、「準ずると判断されたもの」に以下のものは該当するのか。

- ・胆石等の手術後、一度だけ受診し、抜糸等も合わせて行う場合
- ・腎結石排石後に定期的にエコー検査を受けるため通院する場合等、定期的に通院して検査等のフォローアップを受ける場合
- ・骨折や脳梗塞後、リハビリのため通院する等、当該疾患に当然付随する処置等のため通院する場合
- ・心筋梗塞後、アスピリン処方のため継続的に通院する場合等、入院の原因となった疾患が原因で必要になった治療のため通院する場合

（答）いずれも該当しない。

なお、「準ずると判断されたもの」は基本的にはないと考えている。

④ 24時間以内の死亡の有無

当該患者が入院してから24時間以内に死亡した場合に「有」の“1”を、死亡無しの場合は「無」の“0”を入力する。

入院時刻は病棟に入った時刻から時間のカウントを開始する。また、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）は“2”を入力する。

⑤ 退院後の在宅医療の有無（②退院先が“1”～“9”のときのみ入力）

退院後1か月以内の在宅医療の実施予定状況を入力する。在宅医療を実施の予定がない場合及び死亡退院の場合は“0”を、当院が提供する予定の場合は“1”を、他施設が提供する予定の場合は“2”を入力する。実施予定状況が把握できない場合は“9”を入力する。

ここでいう在宅医療とは、以下の「1」～「3」のいずれかに該当するものを指す。（参考：これらは患者調査における在宅医療と同一である。）

- 「1」. 往診：患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。
- 「2」. 訪問診療：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。
- 「3」. 医師・歯科医師以外の訪問：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者（公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内）が訪問して実施されるものをいう。

Q&A

Q：自院と特別な関係にある施設により、在宅医療を実施していた場合はどうなるのか。

A：“2:他施設が提供”とする。

Q&A

Q：介護保険の適用範囲とはどの範囲か。

A：・居宅サービス、介護予防サービスのうち以下のもの

「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」

・地域密着型サービスのうち以下のもの

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス（訪問看護を利用する者に限る）」

をいう。

・ A000031 様式1対象期間

① 様式1開始日

入院日または転棟した場合は転棟日を入力する。

② 様式1終了日

退院日または転棟した場合は転棟した前日の日付を入力する。

・ A000040 診療科

② 診療科コード

医療資源を最も投入した傷病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力する。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。(例えば、胸部外科を外科“110”に加えて“111”とする等)

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	耳鼻咽喉科	240	血液科	470
心療内科	020	気管食道科	250	血液内科	480
精神科	030	リハビリテーション科	260	麻酔科	490
神経科	040	放射線科	270	消化器内科	500
呼吸器科	050	神経内科	280	消化器外科	510
消化器科	060	胃腸科	290	肝胆膵外科	520
循環器科	070	皮膚科	300	糖尿内科	530
アレルギー科	080	泌尿器科	310	大腸肛門科	540
リウマチ科	090	産科	320	眼形成眼窩外科	550
小児科	100	婦人科	330	不妊内分泌科	560
外科	110	呼吸器内科	340	膠原病リウマチ内科	570
整形外科	120	循環器内科	350	脳卒中科	580
形成外科	130	歯科	360	腫瘍治療科	590
美容外科	140	歯科矯正科	370	総合診療科	600
脳神経外科	150	小児歯科	380	乳腺甲状腺外科	610
呼吸器外科	160	歯科口腔外科	390	新生児科	620
心臓血管外科	170	糖尿病科	400	小児循環器科	630
小児外科	180	腎臓内科	410	緩和ケア科	640
皮膚泌尿器科	190	腎移植科	420	内分泌リウマチ科	650
性病科	200	血液透析科	430	血液腫瘍内科	660
肛門科	210	代謝内科	440	腎不全科	670
産婦人科	220	内分泌内科	450	精神神経科	680
眼科	230	救急医学科	460	内分泌代謝科	690

Q&A

Q：当院では第一内科、第二内科、第三内科と称した内科がある。それぞれ 011、012、013 としてよい
か。また、このように独自コードとした場合、調査事務局へ連絡する必要があるか。

A：よい。連絡は必要ない。

③ 転科の有無

転科があった場合は「有」の“1”を、ない場合は「無」の“0”を入力する。親、子それぞれの様式1の期間で判断する。

・ A000050 病棟

② 調査対象となる一般病棟への入院の有無

下記の、調査対象となる一般病棟への入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・ 一般病棟入院基本料 (7対1、10対1、13対1、15対1)
- ・ 特定機能病院入院基本料 (一般)
- ・ 専門病院入院基本料 (7対1、10対1、13対1)
- ・ 救命救急入院料 (1、2、3および4)
- ・ 特定集中治療室管理料 (1、2、3および4)
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料 (1および2)
- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ 小児特定集中治療室管理料
- ・ 新生児特定集中治療室管理料 (1および2)
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料 (1および2)
- ・ 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ 一類感染症患者入院医療管理料
- ・ 小児入院医療管理料 (1、2、3、4および5)
- ・ 短期滞在手術等基本料 (3のみ)
- ・ 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施

設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの(死亡時の1日分の入院料等を算定するもの)も含む。

③ 調査対象となる精神病棟への入院の有無

下記の、調査対象となる精神病棟への入院があった場合に「有」の「1」を、それ以外の場合は「無」の「0」を入力する。

- ・精神病棟入院基本料 (10対1、13対1、15対1、18対1、20対1)
- ・特定機能病院入院基本料 (精神)
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料 (1および2)
- ・精神科救急・合併症入院料
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料

④ 調査対象となるその他の病棟への入院の有無

同項目の②、③に掲げる病棟以外への入院があった場合に「有」の「1」を、それ以外の場合は「無」の「0」を入力する。

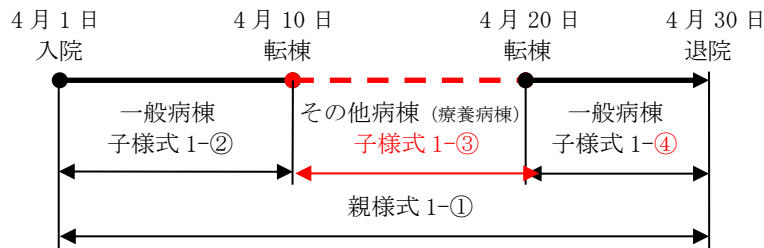
- ・障害者施設等入院基本料
- ・短期滞在手術等基本料 (2)
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・亜急性期入院医療管理料
- ・地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を含む)
- ・結核病棟入院基本料
- ・療養病棟入院基本料
- ・特殊疾患入院医療管理料
- ・認知症治療病棟入院料 等

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

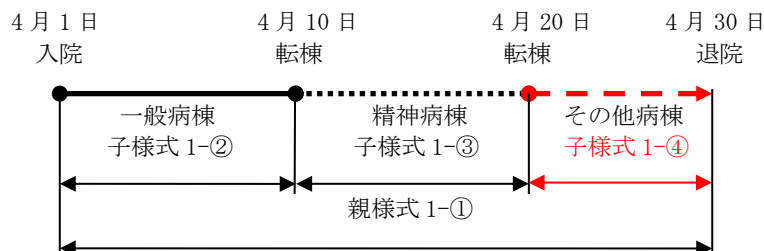
A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。子様式1は②調査対象となる一般病棟への入院の有無、③調査対象となる精神病棟への入院の有無もしくは④調査対象となるその他の病棟への入院の有無のいずれかが「1」となる。

例



	調査対象となる 一般病棟への入 院の有無	調査対象となる 精神病棟への入 院の有無	調査対象となる その他の病棟へ の入院の有無
親様式 1-①	1	0	1
子様式 1-②	1	0	0
子様式 1-③	0	0	1
子様式 1-④	1	0	0

例



	調査対象となる 一般病棟への入 院の有無	調査対象となる 精神病棟への入 院の有無	調査対象となる その他の病棟へ の入院の有無
親様式 1-①	1	1	1
子様式 1-②	1	0	0
子様式 1-③	0	1	0
子様式 1-④	0	0	1

・ A000060 診療目的・経過

② 入院中の主な診療目的

入院中の主な診療目的について、該当する“1”～“4”の値を入力する。

値	区 分	例 示
1	診断・検査のみ	例 心臓カテーテル検査実施を目的とし、検査のみ実施し、退院した場合
2	教育入院	例 糖尿病教育入院
3	計画された短期入院の繰り返し	例 放射線療法目的の入院、抗がん剤の化学療法目的の入院、骨折手術後のプレート抜去・抜釘目的の入院等で計画的に入退院を繰り返す場合 初回の化学療法は、“3”「計画された短期入院の繰り返し」に該当する。
4	その他の加療	例 経皮的冠動脈形成術を目的として入院した場合（検査目的で入院し、その後加療目的での入院に変更になった場合も含む。）

Q&A

Q：プレート抜去・抜釘目的で入院したが計画は数ヶ月前であった。この場合も「計画された短期入院の繰り返し」でよいのか。

A：そのとおり。

Q&A

Q：入院中の主な診療目的は親・子様式1のそれぞれの範囲入力するのか。

A：そのとおり。

③ 治験実施の有無

治験の対象となっていた場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

Q&A

Q：入院料等は主保険を使っているが、一部の検査や画像診断を治験で行った場合、様式1の治験実施の有無はどうなるのか。

A：有となる。

Q&A

Q：過去の治験の実施の有無も入力するのか。

A：当該入院中の治験実施の有無を入力する。

Q&A

Q：フェーズⅠ～Ⅲの試験を行った場合は「有」となり、フェーズⅣ（市販後臨床試験や特定使用成績調査）は行っても「無」になるのか。

A：そのとおり。フェーズⅣ（市販後臨床試験や特定使用成績調査）は含まない。

・ A000070 前回退院

① 前回退院年月日

自院において前回入院がある場合に、その退院年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 前回退院年月日が2014年5月10日 → 20140510

前回退院年月日が不明の場合は“00000000”を入力する。一部不明の場合は、不明な部分のみ0とする（例：1998年5月に退院したことがわかっている場合は“19980500”と入力する）。初回入院の場合は“99999999”を入力する。

② 前回同一傷病で自院入院の有無

以前に自院で入院治療をしていた疾患が今回入院の契機となった傷病と同一、かつ、予定外の入院の場合に、前回退院の年月日を入力する。予定外の入院は、計画的な入院であったか否かを目安に判断する。「①前回退院年月日」と同じ年月日であっても入力すること。

入力は「①前回退院年月日」と同様である。判断が困難な場合には、個別に照会すること。

例 胃がん手術実施、退院後、予定外の再手術が必要になったため入院

初回入院、予定入院および同一傷病名以外の場合は“99999999”を入力する。不明の場合は“00000000”を入力する。

Q&A

Q：該当する入院履歴が複数ある場合はどのように入力すればよいか。

A：直近の入院とする。

・ A000080 再入院調査

前回退院年月日より6週間以内の再入院である場合の親様式1は入力必須となる。

調査期間中に同一患者で複数回の再入院があっても、各再入院につき同様に対応すること。

7日以内同一疾患の再入院の場合も同様に対応すること。

② 再入院種別

今回の再入院について該当する値を入力する。

計画的な再入院であれば“1”を、予期された再入院であれば“2”を、予期せぬ再入院であれば“3”を入力する。

「あり得る」合併症の発症や疾患の再発があつて再入院した場合でも、そのことに対して医療者が患者や家族に十分な説明がなされておらず、患者や家族などが予期できる状態になかった場合には「予期せぬ再入院」とする。

値	区 分
1	計画的再入院
2	予期された再入院
3	予期せぬ再入院

③ 理由の種別

今回の再入院について該当する値を入力する。

選択する値の内容は各区分によって異なるので注意すること。

値	1. 計画的再入院	2. 予期された再入院	3. 予期せぬ再入院
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	予期された原疾患(※1)の悪化、再発のため	予期せぬ原疾患(※1)の悪化、再発のため
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	予期された原疾患(※1)の合併症発症のため	予期せぬ原疾患(※1)の合併症発症のため
3	計画的な化学療法のため	予期された併存症(※2)の悪化のため	予期せぬ併存症(※2)の悪化のため
4	計画的な放射線療法のため	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	新たな他疾患発症のため
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	その他	その他
6	その他	入力不可	入力不可

※1: 前回入院時に医療資源を最も投入した傷病を指す

※2: 前回入院時の入院時併存症及び入院後発症疾患を指す

再入院理由の具体例（参考）

	項目	具体例
* 計画的再入院	① 前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	小児の先天性心室中隔欠損症で前回カテーテル検査のため入院、今回はパッチ閉鎖手術のため入院。
	② 前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	前回、骨折で入院して観血的整復術をうけた。今回、抜釘手術のため入院。
		前回、急性心筋梗塞で大動脈バイパス手術を受けた。今回、術後のカテーテル検査のため入院。
	③ 計画的な化学療法のため	前回、急性骨髄性白血病に対する化学療法のため入院、今回も化学療法を受けるため入院。
	④ 計画的な放射線療法のため	前回、肺がんに対する化学療法のため入院、今回は放射線療法を受けるため入院。
	⑤ 前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	小児で斜視手術のため入院したが、前日夕に咽頭部の発赤と発熱があったので手術を中止して退院、軽快したので2週間後に手術のため入院。
⑥ その他		
* 予期された再入院	① 予期された原疾患の悪化、再発のため	前回、胃がん再発で入院し治療をうけて退院、自宅療養中であったが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになり入院。
	② 予期された原疾患の合併症発症のため	前回、食道がん治療のため入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、退院時誤嚥性肺炎がおこることもあるとの説明を受けていた。退院1週間後誤嚥性肺炎が発症したため入院。
	③ 予期された併存症の悪化のため	前回、腸閉塞のため入院、併存症として閉塞性肺疾患があり、呼吸状態の悪化の可能性について説明を受けていた。退院2週間後呼吸状態の悪化のため、入院。
	④ 患者のQOL向上のため一時帰宅したため	前回、肺小細胞癌で入院したが、ターミナルであるが小康をえていたので、患者のQOLの向上を図るため退院、今回、疼痛や呼吸困難が強くなり入院。
	⑤ その他	
* 予期せぬ再入院	① 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	前回、虚血性心疾患で入院、治療をうけて軽快退院、退院時風邪をひかないようにとの注意を受けていたが、心不全になるとの説明はうけていなかった。退院1ヶ月後風邪をひき、心不全になったため入院。
	② 予期せぬ原疾患の合併症発症のため	前回、食道がん治療のため入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、今後誤嚥性肺炎がおこりうるとの説明はなかった。退院1週間後誤嚥性肺炎のため入院。
	③ 予期せぬ併存症の悪化のため	前回、腸閉塞のため入院、併存症として閉塞性肺疾患があったが、呼吸状態は良好で、悪化の可能性は低いと判断されていた。しかしながら退院2週間後の外来受診で労作時の呼吸困難の訴えが強くなり、入院。
	④ 新たな他疾患発症のため	前回、白内障のため眼内レンズ挿入術をうけて退院、その5日後急性心筋梗塞を発症して入院。
	⑤ その他	

⑨ 自由記載欄(③理由の種別が“その他”の場合に入力)

理由の種別において「その他」を選択した理由を簡潔に記入する。(全角100文字以内)

・ A000090 再転棟調査

1入院内でDPC算定病棟からDPC算定病棟以外へ転棟しており、その後DPC算定病棟へ再転棟した場合、2レコード目以降の様式1において入力必須となる。

1入院内でDPC算定病棟へ複数回再転棟がある場合も各再転棟につき理由を記載すること。

7日以内同一疾患の再転棟の場合も調査表に含まれているため同様に対応すること。

② 再転棟種別

今回の再転棟について該当する値を入力する。

計画的な再転棟であれば“1”を、予期された再転棟であれば“2”を、予期せぬ再転棟であれば“3”を入力する。

「あり得る」合併症の発症や疾患の再発があつて再転棟した場合でも、そのことに対して医療者が患者や家族に十分な説明がなされておらず、予期できる状態になかった場合には「予期せぬ再転棟」とする。

値	区 分
1	計画的再転棟
2	予期された再転棟
3	予期せぬ再転棟

③ 理由の種別

今回の再転棟の理由について該当する値を入力する。

選択する値の内容は各区分によって異なるので注意すること。

値	1. 計画的再転棟	2. 予期された再転棟	3. 予期せぬ再転棟
1	術前検査等でDPC算定病棟へ入院後手術のため	予期された原疾患の悪化、再発のため	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため
2	計画的な手術・処置・検査のため	予期された原疾患の合併症発症のため	予期せぬ原疾患の合併症発症のため
3	計画的な化学療法のため	予期された併存症の悪化のため	予期せぬ併存症の悪化のため
4	計画的な放射線療法のため	患者のQOL向上のため一時転棟したため	新たな他疾患発症のため
5	前回DPC算定病棟での入院時、予定された手術・検査等を注視して一時転棟したため	その他	その他
6	その他	入力不可	入力不可

再転棟理由の具体例（参考）

	項目	具体例
* 計 画 的 再 転 棟	① 術前検査等でDPC算定病棟へ入院後手術のため	狭心症で前回カテーテル検査のためDPC算定病棟へ入院、今回は冠動脈形成術のためDPC算定病棟へ転棟。
	② 計画的な手術・処置・検査のため	前回、骨折でDPC算定病棟へ入院して観血的整復術をうけた。今回、抜釘手術のためDPC算定病棟へ転棟。
		前回、急性心筋梗塞で大動脈バイパス手術を受けた。今回、術後のカテーテル検査のためDPC算定病棟へ転棟。
	③ 計画的な化学療法のため	前回、急性骨髄性白血病に対する化学療法のためDPC算定病棟へ入院、今回も化学療法を受けるためDPC算定病棟へ転棟。
	④ 計画的な放射線療法のため	前回、肺がんに対する化学療法のためDPC算定病棟へ入院、今回は放射線療法を受けるためDPC算定病棟へ転棟。
	⑤ 前回DPC算定病棟での入院時、予定された手術・検査等を中止して一時転棟したため	白内障手術のためDPC算定病棟へ入院したが、前日夕に咽頭部の発赤と発熱があったので手術を中止して転棟、軽快したので2週間後に手術のためDPC算定病棟へ転棟。
⑥ その他		
* 予 期 さ れ た 再 転 棟	① 予期された原疾患の悪化、再発のため	胃癌再発でDPC算定病棟へ入院し、治療をうけて転棟、療養中であったが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになりDPC算定病棟へ転棟。
	② 予期された原疾患の合併症発症のため	食道癌治療のためDPC算定病棟へ入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、転棟時に誤嚥性肺炎がおこることもあったとの説明を受けていた。転棟一週間後誤嚥性肺炎が発症したのでDPC算定病棟へ転棟。
	③ 予期された併存症の悪化のため	腸閉塞のためDPC算定病棟へ入院、併存症として閉塞性肺疾患があり、呼吸状態の悪化の可能性について説明を受けていたが、治療終了のため転棟、療養中であった。転棟後2週間後呼吸状態の悪化のため、DPC算定病棟へ転棟。
	④ 患者のQOL向上のために一時転棟したため	肺小細胞癌でDPC算定病棟へ入院したが、ターミナルであるが小康をえていたので、患者のQOLの向上を図るため転棟、今回、疼痛や呼吸困難が強くなりDPC算定病棟へ転棟。
	⑤ その他	
* 予 期 せ ぬ 再 転 棟	① 予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	虚血性心疾患でDPC算定病棟へ入院、治療をうけて軽快転棟、転棟時風邪をひかないようにとの注意を受けていたが、心不全になるとの説明はうけていなかった。転棟1ヶ月後風邪をひき、心不全になったのでDPC算定病棟へ転棟。
	② 予期せぬ原疾患の合併症発症のため	食道癌治療のためDPC算定病棟へ入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、今後誤嚥性肺炎がおこりうるとの説明はなかった。転棟1週間後誤嚥性肺炎のためDPC算定病棟へ転棟。
	③ 予期せぬ併存症の悪化のため	腸閉塞のためDPC算定病棟へ入院、併存症として閉塞性肺疾患があったが、呼吸状態は良好で、悪化の可能性は低いと判断されていたこともあり、治療終了後転棟し、療養中であった。 しかしながら転棟1か月後、労作時の呼吸困難の訴えが強くなり、加療のためDPC算定病棟へ転棟。
	④ 新たな他疾患発症のため	前回、白内障のため眼内レンズ挿入術をうけて転棟、その5日後急性心筋梗塞を発症してDPC算定病棟へ転棟。
	⑤ その他	

※DPC算定病棟とは、以下の入院基本料等を届出ている病棟をいう。

- ・一般病棟入院基本料
- ・特定機能病院入院基本料（一般）
- ・専門病院入院基本料
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- ・小児特定集中治療室管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・新生児治療回復室入院医療管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料

⑨ 自由記載欄(③理由の種別が“その他”の場合に入力)

理由の種別において「その他」を選択した理由を簡潔に記入する。(全角100文字以内)

再入院・再転棟調査についてのQ&A

Q&A

Q：睡眠時無呼吸症候群（G473）という病名がついた時、まず一泊二日入院にて検査をし、後日（約10日）病名が確定すれば、今度は処置（CPAPを使用する為のデモンストレーション）を受けるため、又、一泊二日の入院をするが、こういう場合は理由としてはどれに当て込めればよいか。

A：「計画的入院 - その他」を選択して、⑨自由記載欄に簡潔に理由を記入する。

Q&A

Q：再入院の理由として、予期されたか予期されないかは、患者にとってのものなのか、医療者にとってのものか、どちらの視点で観たものか。

A：患者の視点から判断する。起こりうる合併症や疾患の増悪・再発のため再入院された場合、前回退院時、医療者がそれについて患者に十分説明し、患者がそれをよく理解し納得しているのであれば「予期された再入院」となる。しかし、医療者があり得ると考えていたが、患者には十分な説明がされておらず、患者がよく理解していなかった場合や医療者も起こり得るとは考えていなかった場合には「予期せぬ再入院」となる。

Q&A

Q：予期された再入院とは、前回退院時にすでに医療者が再入院を予想したものとするのか。疾患によっては、悪化・再発・合併症は常に考えられるため、その内容を患者に説明しているかどうかどうか、患者が再入院はありうると納得しているかが問題となるのか。

A：疾患によっては、合併症・増悪・再発は常に考えておく必要がある。前回退院時、おこり得る合併症・再発・増悪等について、その内容を患者に十分説明し、納得された上での再入院が「予期された再入院」であり、医療者は予期していても、患者には十分説明がされず、従って、よく理解・納得されていない再入院が「予期せぬ再入院」となる。患者が納得しているかどうかを問題とする。

Q&A

Q：膀胱癌で尿路変更手術を受けて退院し、急性腎盂腎炎で再入院した場合。医師は尿路感染についての注意は説明しているが、前回退院の時点では再入院するかどうかは分からない。管理が良ければ感染を起こさず経過する場合もある。この場合「予期された」となるのかどうか。

A：今回の入院までに尿路感染の注意点について、医療者が患者に十分説明し、よく理解されており、しかも、もし尿路感染が発症すれば入院しなければならないこともよく理解されていたのであれば、この再入院は「予期された再入院」となる。

Q&A

Q：喘息等の慢性疾患の場合、コントロールの状況により、悪化・再発・合併症はありうると説明されている。外来でのコントロールが良好であれば、再入院せずに経過する。前回軽快して退院しても、再入院した場合は予期された再入院となるのかどうか。また二次感染を起こして入院した場合はどうなるのか。

A：慢性疾患、特に喘息においてはその原因、発症因子や合併症等その特性が医療者によって十分患者に説明され、理解されているのであれば、増悪時の再入院は、「予期された再入院」となる。また二次感染で再入院されても、これまでに二次感染のあり得ることも十分な説明と理解が得られているのであれば「予期された再入院」となる。

Q&A

Q：白内障で両目を手術するのに、患者様が短期間の入院で済むよう配慮し、片目手術し、一旦退院し、後日また片目手術する場合があるが、この場合は「計画的入院 - その他」とし、前期の理由を書けばよいか。

A：そのとおり。

・ A001010 患者プロフィール/身長・体重

② 身長

入院時の身長をセンチメートル単位（小数点以下四捨五入）で入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。入院時点での値の把握が困難な場合は、入院日に近い日に計測した値を入力する。

例 入院時の身長が156cmであった場合には“156”と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

③ 体重

入院時の体重をキログラム単位で入力する（小数点第一位まで、それ以下は四捨五入）。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。(2)で出生時体重を入力した場合も入力を行うこと（出生時に入院しない場合は異なることがあるため）。入院時点での値の把握が困難な場合は、入院日に近い日に計測した値を入力する。

例 入院時の体重が52.5kgであった場合には“52.5”と入力する。

また、入院時の体重が53.0 kgであった場合には“53.0”（小数点第1位の0まで）と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

・ A001020 患者プロフィール/喫煙指数

② 喫煙指数

下記式を用いて、「喫煙指数」を数値で入力する。

「喫煙指数」=1日の喫煙本数×喫煙年数とする。

例 1日20本を20年吸っている場合は“400”と入力する。

※ 喫煙歴がない場合は“0”と入力すること。

※ 不明な場合は、“9999”とすること。

※ 現在吸っていない場合でも過去の喫煙歴に従い入力すること。

Q&A

Q：非喫煙者の喫煙指数は0でよいか。

A：よい。

・ A001030 患者プロフィール/褥瘡

②、③ 入院時・退院時の褥瘡の有無

「DESIGN-R分類」のDepth（深さ）（→0～5+U）に基づき、入院時の褥瘡（いわゆる持ち込み褥瘡）、および退院時（死亡退院も含む。）の褥瘡の有無を、下表に従って値を入力する。

評価は創内の一番深い部分により行うこととする。

子様式1においてはそれぞれ入棟時、退棟時の褥瘡の有無を入力する。

値	所見
0	皮膚損傷・発赤なし
1	持続する発赤
2	真皮までの損傷
3	皮下組織までの損傷
4	皮下組織を越える損傷
5	関節腔、体腔に至る損傷
9	判定不能

・ A002010 妊婦情報

② 現在の妊娠の有無

入院中に妊娠していた場合は「有」の“1”を、妊娠していない場合は「無」の“0”を、不明の場合は「不明」の“2”を入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

・ 子宮外妊娠の場合は「有」の“1”

・ 男性の場合は「無」の“0”

Q&A

Q：流産で入院した患者は「有」「無」はどちらになるのか。

A：入院中に流産した場合は、「有」とする。

③ 入院時の妊娠週数 (②現在の妊娠の有無が“有”の場合入力)

②の現在の妊娠の有無が“有”の場合、妊娠週数を最大2桁の数字で記入。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

・ A003010 出生児情報

医療資源を最も投入した傷病名が新生児疾患の場合、入力必須となる。

② 出生時体重

出生時体重をグラム単位で入力する。

出生時体重を記載する対象者は、新生児疾患（出生時体重が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患）をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないので注意する。

Q&A

Q：新生児疾患以外であっても入力して構わないか。
A：構わない。

③ 出生時妊娠週数

出生時の妊娠週数を入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

出生時妊娠週数を記載する対象者は、新生児疾患（出生時妊娠週数が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患）をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないので注意する。

Q&A

Q：自宅分娩にて出産後当院に搬送され、週数が全く不明の患者の場合入力なしでよいか。
A：極力調査して入力をする。どうしても分からない場合は医師の所見で入力のこと。

Q&A

Q：新生児疾患以外であっても入力して構わないか。
A：構わない。

・ A004010 高齢者情報

年齢が65歳以上の患者又は40歳以上の介護保険が適用されている患者の場合、入力必須となる。

② 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

入院時の患者の日常生活自立度を、介護保険の主治医意見書に活用されている判定基準を用いて入力する。

判定基準のⅠ～Ⅱの場合は“1”を、Ⅲ～Ⅳ・Mの場合は“2”を入力する。認知症を患っていない場合においては“0”とする。

判定に際しては、疾患による一時的な変化については考慮せず、判定を行うこと。可能であれば家族等からの情報も参考にする。

なお、このランクは介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ。 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない。等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もある。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本ではあるが、一人暮らしは困難である。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、事象・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門病棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

・ A006010、A006020、A006030、A006031、A006040、A006050

診断情報/主傷病、入院契機、医療資源、医療資源2、併存症、続発症

A006010⑨主傷病名、A006020⑨入院の契機となった傷病名、A006030⑨医療資源を最も投入した傷病名が同一の場合、すべてに同一傷病名を入力する。

記載する傷病名は、原則としてレセ電算傷病名マスターから選択すること。病名については、ICD10へのコーディングが適切に行えるように入力すること。

なお、B00Pの診断基準に該当する病態である場合には、B00Pを病名として使用すること。

また、A006030 診断情報/医療資源については、一部の傷病について「③病名付加コード」を追記する必要がある。対象となる傷病およびコードの詳細については、「③病名付加コード」の項目を参照のこと。

ICDコードは、レセ電算処理マスター等の傷病名に対応したICDコードをそのまま入力するのではなく、「疾病、障害及び死因統計分類提要」に基づいた全桁の入力をする。 (例えば、MDC07 (整形外科領域) については、5桁コードが必要な分類もある。)

疑い病名の場合であってもZコードは使用せず、疑った傷病名のICD10コードを記入する。例えば、心臓カテーテル検査の目的で入院する場合の主病名には、心臓カテーテル目的Z09.8は使用しない。「A000060②入院中の主な診療目的」で「診断・検査のみ」を選択し、医療資源を最も投入した傷病名には入院検査を行うことになった原因の病態をコーディングすること。

A006040 診断情報/併存症、A006050 診断情報/続発症において、複数の傷病を入力する場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。平成26年度調査においては、連番の使用は“4”を上限とする。

② ICD10コード

該当傷病に対するICD10コードを左詰めで小数点以下まで入力する。(小数点は1桁として数えない。また、小数点は入力しない。)

例 傷病が慢性C型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

③ 病名付加コード (②ICD10コードが下記に該当する場合入力。※A006030 診断情報/医療資源のみ)

下記表に定められた付加コードを記入する。②ICD10コードがこれら以外の場合は入力不要とする。

ICD	分類名	付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称
C340	主気管支の悪性新生物	101	病理1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C341	上葉、気管支または肺の悪性新生物	101	病理1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C342	中葉、気管支または肺の悪性新生物	101	病理1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C343	下葉、気管支または肺の悪性新生物	101	病理1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C348	気管支および肺の悪性新生物 気管支および肺の境界部病巣	101	病理1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C349	気管支または肺の悪性新生物、	101	病理1	00	10100	小細胞癌

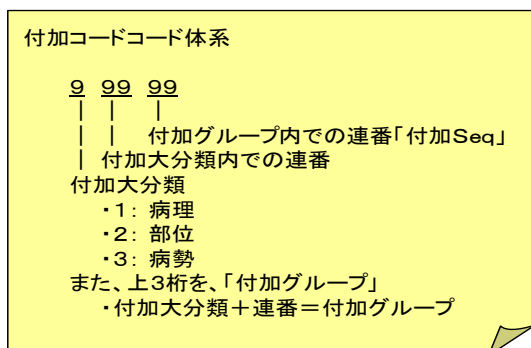
ICD	分類名	付加 グループ コード	付加 グループ 名称	付加 Seq	付加 コード	付加区分名称
	部位不明			01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C445	体幹の皮膚の悪性新生物	201	部位 1	02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
C493	胸部<郭>の結合組織および軟部組織の悪性新生物	201	部位 1	02	20102	胸部 胸腰部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
C73	甲状腺の悪性新生物	102	病理 2	00	10200	未分化癌
				09	10209	その他
C783	中耳ならびにその他および部位不明の呼吸器の続発性悪性新生物	203	部位 3	00	20300	中耳
				01	20301	扁桃
				02	20302	中咽頭
				03	20303	鼻(上)咽頭
				04	20304	梨状陥ぼつ(洞)
				05	20305	下咽頭
				99	20399	不明
C788	その他および部位不明の消化器の続発性悪性新生物	202	部位 2	00	20200	食道
				03	20203	肛門
				05	20205	胆嚢・胆管
				06	20206	膵臓
				07	20207	脾臓
				21	20221	胃
				99	20299	不明
C792	皮膚の続発性悪性新生物	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
C795	骨および骨髄の続発性悪性新生物	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部

ICD	分類名	付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
C798	その他の明示された部位の続発性悪性新生物	204	部位 4	00	20400	心外膜
				90	20490	その他
C859	非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、型不明	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D139	消化器系の良性新生物、部位不明確	202	部位 2	02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)
				07	20207	脾臓
D180	血管腫、各部位	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D181	リンパ管腫、各部位	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D213	胸部<郭>の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物	201	部位 1	02	20102	胸部 胸腰部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D360	リンパ節の良性新生物	201	部位 1	01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部

ICD	分類名	付加 グループ コード	付加 グループ 名称	付加 Seq	付加 コード	付加区分名称
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D361	末梢神経および自律神経系の 良性新生物	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D367	その他および部位不明の良性 新生物 その他の明示された部 位	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D376	肝、胆のうく囊>および胆管の 性状不詳または不明の新生物	202	部位 2	01	20201	十二指腸
				04	20204	肝臓
				05	20205	胆嚢・胆管
D377	その他の消化器の性状不詳ま たは不明の新生物	202	部位 2	00	20200	食道
				02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)
				03	20203	肛門
				06	20206	膵臓
				07	20207	脾臓
D481	その他および部位不明の性状 不詳または不明の新生物 結合 組織およびその他の軟部組織	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下

ICD	分類名	付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D485	その他および部位不明の性状 不詳または不明の新生物 皮膚	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
G618	その他の炎症性多発(性)ニューロパチ<シ>ー	103	病理 3	00	10300	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
				09	10309	その他
I50\$	心不全	301	病勢 1	00	30100	慢性
				01	30101	急性
				02	30102	慢性の急性増悪
				09	30109	不明(急性、慢性の明示なし)
J841	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	104	病理 4	00	10400	特発性肺線維症
				09	10409	その他
S364\$	小腸損傷	202	部位 2	01	20201	十二指腸
				02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)
S368\$	その他の腹腔内臓器の損傷	204	部位 4	05	20405	腹膜
				06	20406	後腹膜
				90	20490	その他
S378\$	その他の骨盤臓器の損傷	204	部位 4	01	20401	副腎
				02	20402	精囊
				03	20403	前立腺
				04	20404	精管
				90	20490	その他

<付加コードの体系>



<付加グループコード一覧>

付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称	備考
101	病理 1	00	10100	小細胞癌	
		01	10101	非小細胞癌	

付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称	備考
		99	10199	不明	
102	病理 2	00	10200	未分化癌	
		09	10209	その他	
103	病理 3	00	10300	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	
		09	10309	その他	
104	病理 4	00	10400	特発性肺線維症	
		09	10409	その他	
201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面	ICD2 巻、572 頁の部位分類準拠。
		01	20101	頸部 頸胸部	
		02	20102	胸部 胸腰部	
		03	20103	腰部 腰仙骨部	
		04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部	
		05	20105	骨盤部 股関節部または陰部	
		06	20106	下肢	
		07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部	
		08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下	
		09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)	
		90	20190	多発または全身	
		99	20199	不明	
2202	部位 2	00	20200	食道	名称は、該当の ICD 部位に準拠。 部位の順序は、ICD 消化器系疾患(K)の発生順。
		01	20201	十二指腸	
		02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)	
		03	20203	肛門	
		04	20204	肝臓	
		05	20205	胆嚢・胆管	
		06	20206	膵臓	
		07	20207	脾臓	
		21	20221	胃	
		99	20299	不明	
203	部位 3	00	20300	中耳	
		01	20301	扁桃	
		02	20302	中咽頭	
		03	20303	鼻(上)咽頭	
		04	20304	梨状陥ぼつ(洞)	
		05	20305	下咽頭	
		99	20399	不明	
204	部位 4	00	20400	心外膜	
		01	20401	副腎	
		02	20402	精嚢	
		03	20403	前立腺	
		04	20404	精管	
		05	20405	腹膜	
		06	20406	後腹膜	
		90	20490	その他	
		99	20499	不明	
301	病勢 1	00	30100	慢性	
		01	30101	急性	
		02	30102	慢性の急性増悪	
		09	30109	不明(急性、慢性の明示なし)	

⑨ 傷病名

傷病名を、日本語で入力する。

・主傷病名について

退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。

※ 主傷病は、『保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態である。主要病態とは、主として、患者の治療または検査に対する必要性にもとづく、保健ケアのエピソードの最後に診断された病態であると定義される。もしそのような病態が複数ある場合には、もっとも医療資源が使われた病態を選択すべきである。もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択すべきである。』（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

転科により診療科ごとに複数の主傷病名、複数の診断名をもつ場合は、一つにする。

・入院の契機となった傷病名について

療養病棟から一般病棟に転棟した場合等の子様式1は転棟した時点のものを入力する。

・医療資源を最も投入した傷病名について

一入院で一つだけ入力する。複数の病名があった場合でも、病名を一つ選ぶこと。

例えば、月によって病態が変化して、医療資源を投入した傷病名が月によって異なる場合であっても、医療資源を最も投入した傷病名は、退院時に、親様式1の場合1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を一つ選ぶこと。子様式1の場合は、子様式1の範囲で一つ選ぶ。

医療資源を最も投入した傷病名の決定に当たり、退院時処方（退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。）をした場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

複数の手術や侵襲的処置を行った場合、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為を行った傷病を対象とする。転科があった場合には、診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。

糖尿病性網膜症のE11.3† H36.0*のように、ダブルコーディングが必要な場合については、本調査では医療資源の投入量に基づき主たるものを第1病名としてコーディングし、第2病名の登録が必要な場合は入院時併存症の欄に記入する。また、補助コードの登録が必要な場合は入院時併存症の欄に入力すること。

・医療資源を2番目に投入した傷病名について

明確に医療資源を投入した複数の傷病が発生した場合に入力する。

・入院時併存症名について

入院時（子様式1の場合は入院時または転棟時）に既に存在していた疾患があれば入力する。

なお、記載に当たっては、次のものは基本的に該当するものがあれば入力すること。

1. DPCの診断群分類の分岐に影響を及ぼしたもの（診断群分類点数表に定義された副傷病名）
2. 慢性腎不全
3. 血友病・HIV感染症
4. 併存精神疾患

これらに該当する病名が4つ以上となった場合は、上記の優先順位に従い、順次入力すること。

また、これらに該当しない病名についても、医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には、必ず入力すること。他院で治療している疾患であって、医療資源の投入量に影響を及ぼした疾患がある場合も入力する。

入院後の検査で発見された傷病であっても、入院時に既にその病態があったと主治医が判断できる場合は、入院時併存症として扱うこと。

※入院時併存症は、『保健ケアのエピソードの間に併存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。』という定義にあてはまるもののうち、入院時に既に存在していたものである。（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

・入院後発症疾患名について

入院後（子様式1の場合は入院後または転棟後）に新たに発生した疾患があれば入力する。（当該疾患の原因が入院前にあるとしても、発症した時期が入院後の場合には、入院後発症疾患とする。）

なお、記載に当たっては、入院時併存症と同じく、次のものは基本的に該当するものがあれば入力すること。

1. DPCの診断群分類の分岐に影響を及ぼしたもの（診断群分類点数表に定義された副傷病名）
2. 術後合併症

これらに該当する病名が4つ以上となった場合は、上記の優先順位に従い、順次入力すること。

また、これらに該当しない病名についても、医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には、必ず入力する。入院後に発症した疾患のうち、他院での治療を必要とした場合も入力する。

※入院後発症疾患は、『保健ケアのエピソードの間に併存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。』という定

義にあてはまるもののうち、入院後に発症したものである。（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

・病名の決定方法についてのQ&A

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名は「疑い」でもよいのか。確定病名でなければいけないのか。
 A：原則として入院期間中に診断を確定し、「確定病名」を入力すること。ただし、適正な診断のためのガイドライン等に従って検査等を行った結果、退院までに確定診断が得られなかった場合のみに、「疑い」とする。根拠もなく「疑い」としたものについては認めない。例えば、特段の検査もなく、風邪に対する肺癌疑い、頭痛に対する脳梗塞疑いとすること等。

Q&A

Q：入院目的は前立腺生検で退院時点では病名が「前立腺癌疑い」であった。しかし生検の結果が出て悪性ではないと判明した。この場合、病名は「前立腺癌疑い」のままが良いか、他の病名とするのか。
 A：生検の結果が入院中に出了のであれば、疑いを外した確定病名として登録するが、退院後に病理が出了のであれば疑い病名のまま登録となる。

Q&A

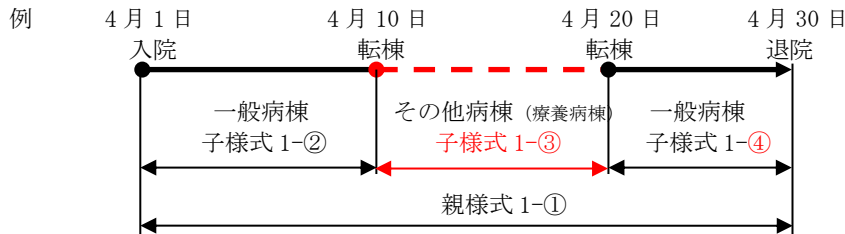
Q：正常分娩予定で入院したが帝王切開となった。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。または保険適用となった期間のみで判断するのか。
 A：保険にかかわらず、様式1の範囲で判断する。

Q&A

Q：一般病棟から精神病棟に転棟し退院した。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。一般病棟にいた期間のみで判断するのか。
 A：親子それぞれの様式1の範囲で判断する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのような範囲で入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。親様式1は入院日から退院日までの全入院期間の範囲とし、子様式1はそれぞれの範囲で作成する。



	親様式1-①	子様式1-②	子様式1-③	子様式1-④
主病名	4月1日～ 4月30日で判定	4月1日～ 4月9日で判定	4月10日～ 4月19日で判定	4月20日～ 4月30日で判定
入院の契機となつた傷病名	4月1日で判定	4月1日で判定	4月10日で判定	4月20日で判定
医療資源を最も投入した傷病名	4月1日～ 4月30日で判定	4月1日～ 4月9日で判定	4月10日～ 4月19日で判定	4月20日～ 4月30日で判定
医療資源を2番目に投入した傷病名	〃	〃	〃	〃
入院時併存症1～4	4月1日で判定	4月1日で判定	4月10日で判定	4月20日で判定
入院後発症疾患1～4	4月1日～ 4月30日で判定	4月1日～ 4月9日で判定	4月10日～ 4月19日で判定	4月20日～ 4月30日で判定

Q&A

Q：抜釘目的のみで入院したが、医療資源を最も投入した傷病名は「〇〇骨折」でよいか。
 A：そのとおり。

・ ICD10 についての Q&A

Q&A

Q : 入院時併存症、入院後発症疾患に Z コードを入力してもよいか。
A : Z コードは入力不要とするが、入力しても構わない。

Q&A

Q : 首吊り自殺（保険適用の場合）の場合 ICD-10 コードが X コードになり入力することができない。その場合のコードは何か。それとも別の病名にするのか。
A : 自殺は傷病名ではないので、自殺に到った原疾患に対する傷病名を選択する。また、必要に応じて行為の結果の損傷中毒に対しての傷病名等を選択すること。

Q&A

Q : ICD-10 の「.9」等の（本資料の留意すべき ICD-10）は使用してはいけないのか。
A : 留意点としてあげられたコードについては、通常は、他のコードが選択されるはずのものである。したがって、本当に他の分類を選択するだけの情報がないのかどうか、再確認をお願いしたい。その結果、選択することは致し方ない。

Q&A

Q : R コードを使用してもよいか。
A : R コードのほとんどは病名ではなく徴候や症状である。通常の診療では、何らかの診断名が確定するという前提であるが、あらゆる事実を調査したが確定に到らなかった、一過性のもので原因が特定できなかった等、R コードを付与するためにはかなり厳しい条件がある。条件については、ICD-10 第 2 巻、第 XVIII 章、737 頁等を確認すること。入院時併存症、入院後発症疾患には使用してよいが、医療資源を最も投入した傷病名 ICD-10 コードに以下のコードを用いてはならない。
・ 詳細不明の寄生虫症 (B89)
・ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌 (B95) からその他および詳細不明の感染症 (B99)
・ 心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明および原因不明の死亡 (R99) まで（ただし、鼻出血 (R040)、咯血 (R042)、気道のその他の部位からの出血 (R048)、気道からの出血、詳細不明 (R049)、熱性けいれん (R560)、限局性発汗過多 (R610)、全身性発汗過多 (R611)、発汗過多、詳細不明 (R619) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R730) を除く。）

Q&A

Q : 標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。
A : 標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10 のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

Q&A

Q : ある病名に対する ICD-10 コードが分からない。どこに問い合わせればよいか。
A : 病名、ICD-10 の決定は医師と相談の上、各医療機関で行うこと。

・入院時併存症・入院後発症疾患についての Q&A

Q&A

Q：医療資源を2番目に投入した傷病名に入力をすれば、入院時併存症、入院後発症疾患に入力不要か。
A：必要。副傷病有無の評価の判定は入院時併存症、入院後発症疾患のみで行うことから必ず入力すること。(主傷病名、入院の契機となった傷病名、2番目に医療資源を投入した傷病名で、副傷病有無の評価の判定は行っていない。)

Q&A

Q：併存症があっても定義テーブルに掲載されていないものは入力不要か。
A：必要。入院時併存症、入院後発症疾患は定義テーブルでの掲載にかかわらず、あれば入力のこと。

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患に「疑い」病名を入力してよいか。
A：疑い病名は入力不要とするが、入力しても構わない。但し、入力する場合は「〇〇〇病疑い」などのように必ず「疑い」と入力すること。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病を入院時併存症または入院後発症疾患にも入力が必要か。
A：不要。入院時併存症、入院後発症疾患については、医療資源を最も投入した傷病名に対してのものであるから、不要となる。

・ A007010 手術情報

様式1については、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない手術についても、実際に行われていれば入力のこと。自院入院期間中に実施した手術のみを入力する（予定された手術が中止になった場合、特別の関係にある病院に転院して手術を実施した場合は入力を行わない）。点数表コード（Kコード）の入力は各手術について必要である。

診療報酬上の手術の部で評価されている手術について入力する。なお、輸血はKコードではあるが、様式1について入力不要である。

今回の入院中に複数の手術を行った場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は主たる手術（又は点数の最も高い手術）を連番1に入力する。なお、飛び番号または重複番号が無いようにする。平成26年度調査においては、連番の使用は“5”を上限とする。

たとえば、1回の入院でK542心腔内異物除去術、K543心房内血栓除去術の手術を別の日に同一病変若しくは別病変に対して行った場合の保険点数は同じだが、このように保険点数がまったく同じとなる場合の主たる手術の判断は主治医の判断による。

Q&A

Q：輸血は手術情報に入力が不要であるが、入力しても構わないか。また、輸血とはK920のみをいうのか。

A：入力しても構わない。ただし、それによってその他に実施された手術情報が入力できないという事態は避けること。輸血とはK920のみをいう。

Q&A

Q：K930 脊髄誘発電位測定加算等の手術医療機器等加算の情報は入力が必要か。

A：不要。K930～K939-5は入力しないこと。

Q&A

Q：定義テーブルにない手術として「KKK1」を入力してよいか。

A：不可。KKK1はシステム上のコードであるので、正しい医科点数表のKコードを入力のこと。

Q&A

Q：K0011 皮膚切開術長径 10センチメートル未満（470点）のような点数が低いものでも全て入力しないといけないのか。

A：そのとおり。行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q：K600 大動脈バルーンポンピング法（IABP法）を2日間行った場合はどのように入力するのか。

A：初日 K6001、2日目 K6002 と手術2項目分を使用してそれぞれ入力すること。

Q&A

Q：一般病棟へ入院し手術Aを行い、療養病棟等へ転棟後、一般病棟へ再転棟し手術Bを行った場合、どのように入力するのか。

A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。

例

	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
親様式 1-①	手術 A	手術 B			
子様式 1-②	手術 A				
子様式 1-③					
子様式 1-④	手術 B				

Q&A

Q：当院はDPC対象病院であるが、入院日Ⅲを超えて行った手術も入力するのか。

A：そのとおり。入院日Ⅲは一切関係なく、様式1の期間で行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q : K781 経尿道的尿路結石除去術のように一連の治療につき 1 回しか算定できない手術について、算定できない 2 回目以降の手術を入力する必要があるか。EF ファイルと矛盾が生じるが問題ないか。

A : 必要。必ず入力のこと。この場合、EF ファイルと矛盾するが問題ないものとする。算定の有無にかかわらず、行った手術は全て入力のこと。

Q&A

Q : 手術を 6 つ以上行った場合は入力できないが、どのように入力するのか。

A : 主要なものから 5 つ選んで入力のこと。

Q&A

Q : 1 入院で 2 回以上の手術を行った場合、診断群分類決定に関係のない手術に関しても様式 1 に入力しないといけないのか。

A : そのとおり。手術情報には様式 1 の入院期間に行った全ての手術を入力すること。

① 手術日

当該手術を実施した年月日を、入院年月日と同様の書式で入力する。

例 2014年6月10日の場合 → 20140610

② 点数表コード

当該術式に対する医科診療報酬点数表における手術料に関わるコードを入力する。当該コードは基本部分(4桁)の他に、細項目(1、2、3、イ、ロ、ハ等)がある場合にはそれも含めて入力する。その際、空白などは入れずにつめて入力する。

例 K082 人工関節置換術

1 肩、股、膝 → K0821

K082-2 人工関節抜去術

1 肩、股、膝 → K082-21 * ハイフンを入れることが必要。

Q&A

Q : 点数表コードの入力は基本部分(4桁)のみでよいか。

例) K407 顎・口蓋裂形成手術(3のイ顎裂を伴うもの)

A : 不可。入力の際、細項目(1, 2, 3, イ, ロ, ハ等)がある場合はそれも含めて入力する。

例示の場合、K4073 イ 顎・口蓋裂形成手術 顎裂を伴うもの 片側、と細項目も付加のこと。

Q&A

Q : 平成 26 年 3 月に行っていて、平成 26 年度の点数改正に伴い、K コードが変更されている。この場合は手術を行った時の旧コードでの提出で良いのか、それとも術式自体は無くなっていないので新コードで記入するのか教えていただきたい。

旧コード : K615 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)

新コード : K6151 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)止血術、

K6152 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)選択的動脈化学塞栓術、もしくは

K6153 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)その他のもの

A : 平成 26 年 3 月 31 日以前の手術は平成 25 年度当時の手術コード(改定前の手術コード)を用い、平成 26 年 4 月 1 日以降については、平成 26 年度の手術コード(改定後の手術コード)を用いること。

Q&A

Q : 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△」の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類を決定する際は準用元の手術「K○○○」で判断するが、様式 1 も「K○○○」の方を入力するのか。

A : そのとおり。

例 区分番号 K7812 経尿道的尿路結石除去術 その他のもの

(中略)ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、碎石を行わず結石の摘出のみを行った場合は K798 膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

のただし書き以降の行為を行った場合は「K7812」とする。

③ 空欄(外保連手術コード)

外保連手術コードが現在整備中となっている。これが整備された場合は、その手術コードを本欄に入力予定である(入力開始時期については追って通知する)。整備されるまでは入力しないこととする。

④ 手術回数

当該手術をはじめて行う場合には「初回」の“1”を、同一部位（当該傷病名にかかる同一部位等）について再度行う場合は「再手術」の“2”を入力する。（自院・他院を問わない。術式等を問わない。）

例 偽関節手術後、その部位が化膿し手術をした場合

偽関節に関連すると判断される場合 → 「再手術」

関連性が不明、ない場合 → 「初回」

ペースメーカーの電池交換術、抜釘術は、「再手術」に該当する。

また、再手術の記載は、他の医療機関で行った手術、同一の医療機関でも過去の入院で行った手術についても対象となる。

心臓カテーテル（PTCA等）を、同一日に2部位以上に行った場合であっても、「再手術」とならない。

Q&A

Q：同一日に同一部位に対して術式が別の手術を二回施行した場合、二回目の手術は再手術を選択するのか。

A：一連の手術であれば初回となる。

⑤ 手術側数

左右の区別のないものについては“0”を、右側は“1”を、左側は“2”を、左右は“3”を入力する。

「左右」とは、左右対称の器官（左右対称の器官とは単純に左右にある体の部位で眼、耳、手足、肺、腎臓などのことを指す。）であって、両側・同時に実施の場合が対象となる。冠動脈のバイパス手術で、左右の冠動脈について手術を行った場合は、「左右の区別のないもの」となる。

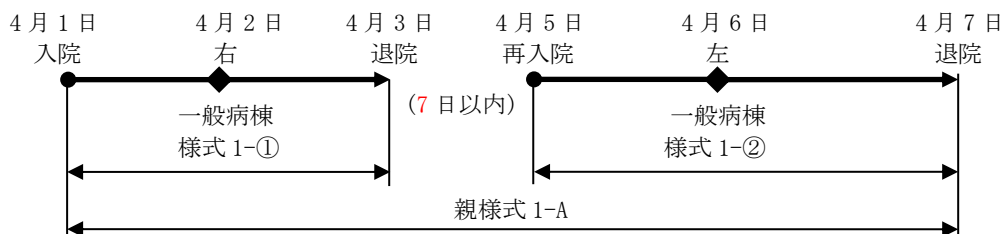
眼の手術を片方ずつ別々の日に手術した場合には、それぞれの手術について別々の片側手術として記載することとなるが、この場合は、右側「1」、左側「2」それぞれ入力する。

Q&A

Q：両目の白内障にて、右目に手術を行い退院。退院 2 日後に再入院し、左目に手術をおこなった。同一疾病での 7 日以内の再入院となるが、どのように手術側数を入力するのか。

A：それぞれの入院期間での様式 1 の範囲で入力する。2 つの入院を一連とした様式 1 は右、左それぞれ別に入力する。

例



	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
様式 1-A	右	左			
様式 1-①	右				
様式 1-②	左				

⑥ 麻酔

当該手術実施時に使用した麻酔の種類を一つ入力する。

値	区 分	麻酔区分
1	全身麻酔	L007:開放点滴式全身麻酔 L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
2	硬膜外麻酔	L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
3	脊椎麻酔	L004:脊椎麻酔
4	静脈麻酔	L001-2:静脈麻酔
5	局所麻酔	L100～L105
6	全身+硬膜外	L007:開放点滴式全身麻酔 または L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 + L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
7	脊椎+硬膜外	L004:脊椎麻酔 + L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
8	その他	L000:迷もう麻酔 L001:筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 L005:上・下肢伝達麻酔 L006:球後麻酔および顔面・頭頸部の伝達麻酔 L008-2:低体温療法 等
9	無	

Q&A

Q : 仮に「2」 L002 硬膜外麻酔と「3」 L004 脊椎麻酔の両方を行った場合はどちらを選ぶのか。
A : 「7」を選択すること。

Q&A

Q : 内視鏡手術などで、キシロカインゼリーのみを使用した麻酔の場合は、「5」局所麻酔、「7」その他、「9」無のどれに該当するか。
A : 「9」無とすること。

Q&A

Q : キシロカインゼリー+キシロカインポンプスプレーといったように組み合わせて使用した場合も「9. 無」とするのか。
A : 診療報酬点数表の第2章特掲診療料第11部麻酔第1節麻酔料および第2節神経ブロック料を算定していない場合は、「9. 無」とする。

⑨ 手術名

手術名称を入力する。

・ A008010 持参薬使用状況

「A000020 入院情報 ⑤予定・救急医療入院」が「100:予定入院」または「101:化学療法実施目的の計画的な予定再入院」の場合、入力必須となる。

② 持参薬の使用の有無

入院期間中に自院で処方した薬剤を持参し使用した場合は「1」を、他院で処方された薬剤を持参し使用した場合は「2」を、薬剤を持参していない、または持参した薬剤を使用しなかった場合は「0」を入力する。

自院・他院で処方された薬剤を両方持参し使用した場合は「3」を入力する。

尚、入院の契機となった傷病以外の疾患（持病等、今回の治療対象とならなかった疾患を含む。）に対して持参薬を使用した場合も持参薬の使用は有となる。

・ ADL0010 ADLスコア/入院時

年齢が15歳以上の場合、入力必須となる。但し、産科の患者を除く。

② 入院時のADLスコア

入院時に下表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。15歳以上の場合には必須（ただし産科の患者を除く）。

食事＝「1」、移乗＝「2」、整容＝「1」、トイレ動作＝「1」、入浴＝「1」、平地歩行＝「1」、階段＝「1」、更衣＝「1」、排便管理＝「0」、排尿管理＝「0」の場合は「1211111100」と入力する。

※ 「9」は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイ レ 動 作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	0	9
入 浴	1	0		9
平 地 歩 行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排 便 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排 尿 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

Q&A

Q：消化器手術をする患者が絶食をしていた場合、または平地歩行可能な患者が医師の指示で安静の場合、「0.全介助」となるのか。

A：手間のかかり具合を評価するものである。もし食事や歩行をしたらという所見で判断のこと。

Q&A

Q：経管栄養をしている患者の場合、食事の判定はどうしたらよいか。

A：「0.全介助」となる。

Q&A

Q：調査開始以前に入院した患者の場合であっても、入院時 ADL は入院時の状態を入力するのか。

A：そのとおり。入院時を入力する。

・ADL0020 ADLスコア/退院時

年齢が15歳以上の場合、入力必須となる。但し、死亡退院、産科の患者を除く。

② 退院時のADLスコア

入院時のADLスコアと同様に入力する。

Q&A

Q：親様式1の退院時ADLは病院を退院時点か。一般病棟から療養病棟に転棟し退院した場合は転棟した時点か。

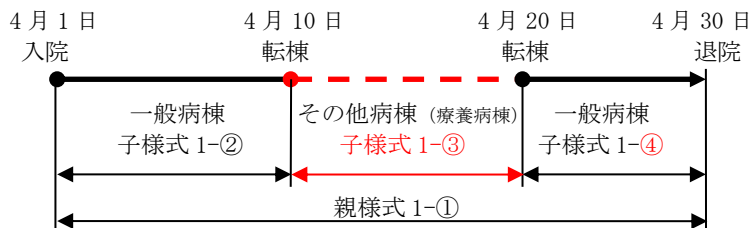
A：実際に退院した日となる。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、いつの時点で入力するのか。

A：親・子それぞれの様式1の範囲の開始時点、終了時点で入力すること。

例



	入院時の ADL スコア	退院時の ADL スコア
親様式 1-①	4月1日入院時点	4月30日退院時点
子様式 1-②	4月1日入院時点	4月10日転棟時点
子様式 1-③	4月10日転棟時点	4月20日転棟時点
子様式 1-④	4月20日転棟時点	4月30日退院時点

・CAN0010 がん患者/初発・再発

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が悪性腫瘍に該当する場合、入力必須となる。

③ がんの初発、再発

今回の入院で医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合に、入院時に「初発」は“0”を、「再発」は“1”を入力する。がんの進展度にかかわらず（はじめから遠隔転移がある進行がんで見つかった場合でも）初発であれば“0”を入力する。

一連の治療期間中（がんに対する化学療法を何回かの入院に分けて行ったような場合）の各入院においては、一番初めの状態が初発であれば“0”、再発であれば“1”とするが、一連の治療期間中であっても、遠隔転移などを認めた場合には再発とし“1”を入力する。

重複がん（同一臓器、他臓器）の場合には、再発としない。

Q&A

Q：「初発」および「再発」とは何か。

A：「初発」とは、自施設において、当該腫瘍の診断、診断と初回治療、あるいは初回治療を実施した場合を指す。「再発」とは、自施設・他施設を問わずに初回治療が完了した後、自施設にて患者を診療した場合や、治療がん寛解後に局所再発・再燃または新たな遠隔転移をきたした場合を指す。

Q&A

Q：一連の治療とは、何を意味するのか。

A：「一連の治療」とは、治療計画後再評価までの間に行われる治療を総括して指す。（例：手術後、化学療法4クールを行った後再評価、という事例であれば、これら全てが一連の治療（入院回数は問わない。）

Q&A

Q：「疑い」傷病の場合はどうするのか。

A：病理診断レベルで確定していない場合であっても、臨床診断レベルでがんであることが確定している場合は、「疑い」をつけず、「初発」として入力をする。（退院時点でがんであることが疑わしい場合は入力しなくて良い。但し、その場合は医療資源を最も投入した傷病名の最後に”疑い”の文字を付けること）。

・ CAN0020 がん患者/UICC TNM

「CAN0010 がん患者/初発・再発 ③がんの初発、再発」が「初発」である場合、入力必須となる。但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く。

③、④、⑤ UICC病期分類 (T) (N) (M)

UICCに準拠したTNM臨床分類を入力する。

T：原発腫瘍の広がり N：所属リンパ節転移の有無と広がり M：遠隔転移の有無

※ UICC病期分類について

今回の入院で悪性腫瘍に対する治療が行われた場合に、治療前に得られた情報（一般理学所見、血液検査、画像診断、内視鏡検査、生検など）に基づくTNM分類を入力する。例) TX, NX, MX

院内がん登録が平成24年1月からUICC病期分類第7版に移行したことを踏まえ、第6版と第7版両方での入力に対応するものとする。なお、⑥UICC病期分類(版)の欄にどちらの版を用いたのかを入力する。

また、入力に当たって参考資料が必要であれば、以下の資料も活用すること。

国立がん研究センターの「がん情報サービス」より、

- 院内がん登録実務者のためのマニュアル

http://ganjoho.jp/hospital/cancer_registration/registration02_01.html

- UICC TNM7版準拠_がんの広がり と進行度

<http://ncc.ctr-info.com/text/>

T-原発腫瘍	
TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌
T1、T2、T3、T4	原発腫瘍の大きさまたは局所進展度を順次表す
N-所属リンパ節	
NX	所属リンパ節の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移無し
N1、N2、N3	所属リンパ節転移の程度を順次表す
M-遠隔転移	
MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移無し
M1	遠隔転移あり

【TNM分類で使用される可能性のある記号一覧】

T	N	M
TX	NX	MX
T0	N0	M0
Tis	N1mi	M1
Tis (DCIS)	N1	M1a
Tis (LCIS)	N1a	M1b
Tis (Paget)	N1b	M1c
Tispu	N1c	M1d
Tispd	N2	M1e
T1mi	N2a	
T1mic	N2b	
T1	N2c	
T1a	N3	
T1a1	N3a	
T1a2	N3b	
T1b	N3c	
T1b1		
T1b2		
T1c		
T1d		
T2		
T2a		
T2a1		
T2a2		
T2b		
T2c		
T2d		
T3		
T3a		
T3b		
T3c		
T3d		

T4		
T4a		
T4b		
T4c		
T4d		
T4e		
Ta		

Q&A

Q：胸腺癌など UICC 病期分類で評価出来ない場合、どのように入力すればよいか。
A：「TX」「NX」「MX」とする。

Q&A

Q：転移性悪性腫瘍の場合、どのように入力すればよいか。
A：転移性悪性腫瘍の場合は原発巣について評価する。

Q&A

Q：化学療法など入退院を繰り返す場合はいつの時点で評価すればよいか。
A：化学療法などで入退院を繰り返す場合は、一連の治療前の状態で評価する。

⑥ UICC病期分類（版）

③～⑤の入力の際に用いた版番号を入力する。第6版なら“6”を、第7版なら“7”を入力すること。

・ CAN0030 がん患者/Stage

「CAN0010 がん患者/初発・再発 ③がんの初発、再発」が初発である場合、入力必須となる。但し、下記取扱い規約に該当する悪性腫瘍に限る。

③ 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類

癌取扱い規約に定められている食道、大腸、肝、胆道、膵、悪性骨、悪性軟部、悪性リンパ腫、副腎の各腫瘍について各種癌取扱い規約に準じて、一連の治療を決定する際に用いた病期分類を入力する。

術後の病期分類がなければ術前所見に基づくStageの、あれば手術所見に基づくStageの入力値を入力する。不明な場合は“9”を入力する。

取扱い規約	版	部位	Stage 分類	入力値
膵癌取扱い規約	6	膵癌	0	0
			I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
胆道癌取扱い規約	5	胆管	I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
		胆嚢	I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
		乳頭部	I	1
			II	2
			III	3
IVNOS	4N			
IVa	4A			
IVb	4B			
食道癌の取扱い規約	10	食道癌	0	0
			I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
大腸癌取扱い規約	7	結腸・直腸	0	0
			I	1
			II	2
			IIINOS	3N
			IIIa	3A
			IIIb	3B

取扱い規約	版	部位	Stage 分類	入力値			
		肛門管	IV	4			
			O	0			
			I	1			
			II	2			
			IIINOS	3N			
			IIIa	3A			
			IIIb	3B			
原発性肝癌取扱い規約	5	肝細胞癌	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IVNOS	4N			
			IVA	4A			
			IVB	4B			
		肝内胆管癌	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IVNOS	4N			
			IVA	4A			
			IVB	4B			
			整形外科・病理 悪性軟部腫瘍取扱い規約	3	骨軟部腫瘍	I NOS	1N
						I A	1A
I B	1B						
II NOS	2N						
II A	2A						
II B	2B						
II C	2C						
III	3						
IV	4						
整形外科・病理 悪性骨腫瘍取扱い規約	3	骨腫瘍				I NOS	1N
			I A	1A			
			I B	1B			
			II NOS	2N			
			II A	2A			
			II B	2B			
			III	3			
			IVNOS	4N			
			IVA	4A			
			IVB	4B			
泌尿器科・病理 副腎腫瘍取扱い規約	2	副腎皮質癌	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IV	4			
		神経芽腫	1	1			
			2NOS	2N			
			2A	2A			
			2B	2B			
			3	3			
			4	4			
4S	4S						
悪性リンパ腫 Ann Arbor 分類	1	悪性リンパ腫	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IV	4			

共通	不明	9
----	----	---

Q&A

Q：必須となっている悪性腫瘍以外の Stage 分類を入力しても差し支えはないか。
A：差し支えはない。

Q&A

Q：転移性悪性腫瘍の場合、どのように入力すればよいか。
A：転移性悪性腫瘍の場合は原発巣について評価する。

Q&A

Q：取扱い規約では評価の難しい場合、どのように入力すればよいか。
A：不明として「9」を入力しても構わない。

Q&A

Q：化学療法など入退院を繰り返す場合はいつの時点で評価すればよいか。
A：化学療法などで入退院を繰り返す場合は、一連の治療前の状態で評価する。

・ CAN0040 がん患者/化学療法の有無

③ 化学療法の有無

ここでの化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗癌剤の使用、ホルモン療法及び免疫療法等の補助療法とする。(抗生物質のみの使用等を含まない。) G003抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入が行われた場合を含む。

投与方法によって、「無」は"0"を、「有(経口)」は"1"を、「有(経静脈又は経動脈)」は"2"を、「有(その他)」は"3"を入力する。

「有(経口)」、「有(経静脈又は経動脈)」、「有(その他)」とあるが、複数実施した場合には、主治医の判断で主たるもの一つを選択すること。「経口投与」と「経静脈又は経動脈投与」が同時に実施された場合には、「有(経静脈又は経動脈)」を優先して"2"を入力する。選択が困難な場合は、「有(経静脈又は経動脈)」を優先してコードすること。

放射性同位元素の内服による内照射療法は含まない。

また、当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び、外来又は退院時に処方されたものは含まない。G-CSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用も含まない。

Q&A

Q：関節リウマチ患者に対する治療として使用したインフリキシマブ静注についても化学療法有となるのか。

A：化学療法とは抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法をいう。抗腫瘍用薬を腫瘍以外の他の目的で使用した場合、「有」とはならない。

Q&A

Q：前回の入院で化学療法を行い、今回の入院は化学療法を行っていない。今回の入院では化学療法「無」とするのか。

A：そのとおり「無」とする。今回の入院期間(様式1の期間)で化学療法を行ったかで判断する。

Q&A

Q：活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか

A：含まれない。

Q&A

Q：他院で処方された抗がん剤を持参し入院した場合「有」としてよいか。また、自院外来で処方された抗がん剤を持参して入院した場合も「有」としてよいか。

A：いずれも「無」とする。

Q&A

Q：手術中に行った抗腫瘍薬の投与のみをもって化学療法「有」としてよいか。また、退院時処方処方された抗がん剤のみを持って「有」としてよいか。

A：いずれも「無」とする。

Q&A

Q：化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て化学療法「有」としてよいか。

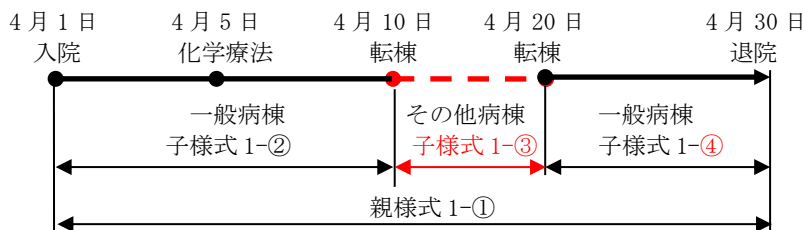
A：化学療法とは抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法をいう。抗腫瘍用薬を腫瘍以外の他の目的で使用した場合、「有」とはならない。

Q&A

Q：一般病棟で化学療法投与後、療養病棟等へ転棟し、再び再転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。

例



	化学療法の有無
親様式 1-①	有り"1", "2"または"3"
子様式 1-②	有り"1", "2"または"3"
子様式 1-③	無し"0"
子様式 1-④	無し"0"

・ JCS0010 JCS/入院時

② 入院時意識障害がある場合のJCS

入院時の意識障害のレベルを入力する。ただし、入院後に様式1範囲において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

意識障害がない場合は「無」の「0」を、意識障害がある場合は意識レベルの数値の「1」～「300」を入力する。

Japan Coma Scale

III群		刺激しても覚醒しない
300	まったく動かない	
200	手足を少し動かしたり顔をしかめる（除脳硬直を含む）	
100	払いのける動作をする	
II群		刺激すると覚醒する
30	かろうじて開眼する	
20	痛み刺激で開眼する	
10	呼びかけで容易に開眼する	
I群		覚醒している
3	名前、生年月日が言えない	
2	見当識障害あり	
1	清明とはいえない	

R：不穏、 I：糞尿失禁、 A：自発性喪失

例 意識レベル3で自発性喪失の場合は「3A」と入力する。意識レベル3で不穏・糞尿失禁がある場合「3RI」と入力する。「R」、「I」、「A」のいずれにも該当しない場合は、数値のみでもよい。

※ 小児の場合の判定の例

Grade III		刺激しても覚醒しない
300	痛み刺激にまったく反応せず	
200	手足を少し動かしたり顔をしかめたりする	
100	払いのける動作をする	
Grade II		刺激で覚醒する
30	呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する	
20	呼びかけをすると開眼して目を向ける	
10	飲み物を見せると飲もうとする。あるいはニップルを見せると欲しがって吸う	
Grade I		覚醒している
3	母親と視線が合わない	
2	あやしても笑わないが、視線が合う	
1	あやすと笑う、ただし不十分で声を出して笑わない	

Q&A

Q：救急受診後そのまま入院となる場合で、救急受診時に処置として鎮静をかけてから病棟へ上がるのだが、その場合の「入院時」とは救急受診時の値なのか病棟入室時の値なのか。
A：救急受診時とする。

Q&A

Q：新生児や小児の場合、脳性麻痺がある場合等の判断が難しいが必須か。
A：必須。医師の所見で入力すること。

・ JCS0020 JCS/退院時

死亡退院時以外の場合は入力必須となる。

② 退院時意識障害がある場合のJCS

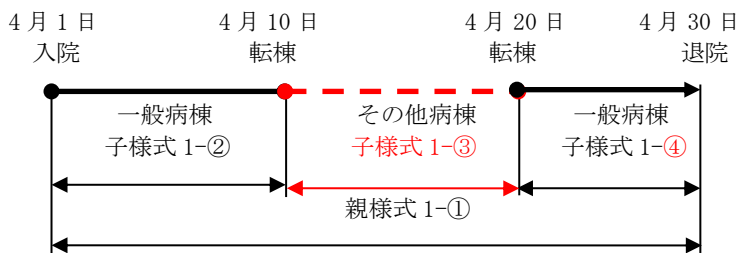
入院時と同様に入力する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、いつの時点で入力するのか。

A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。

例



	入院時意識障害がある場合の JCS	退院時意識障害がある場合の JCS
親様式 1-①	4月1日時点	4月30日時点
子様式 1-②	4月1日時点	4月10日時点
子様式 1-③	4月10日時点	4月20日時点
子様式 1-④	4月20日時点	4月30日時点

但し、入院中に意識障害を発症した場合はその時点で入力する。

・ M010010 脳卒中患者/入院前

「A006020 診断情報/入院契機 ②ICD10コード」、もしくは「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010020, 010040～010070に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 発症前 Rankin Scale (「A006020 診断情報/入院契機 ②ICD10コード」が010020, 010040～010070に定義される場合入力)

発症前RankinScaleは発症前おおむね1週間のADLを病歴等から推定し、その上で“0”～“5”までの値を入力すること。親様式、子様式は同じ値を入力すること。不明の場合は“9”を入力する。

値	Rankin Scale	参考すべき点
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
1	症候はあっても明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2	軽度の障害： 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしで行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3	中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助を必要とするが、通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要としない状態である
4	中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5	重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助を必要とする状態である
6	死亡	※退院時のみ選択可

③ 脳卒中の発症時期 (「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010020, 010040～010070に定義される場合入力)

該当する“1”～“4”までの値を入力する。

値	区分
1	発症3日以内
2	発症4日以降7日以内
3	発症8日以降
4	無症候性 (発症日なし)

Q&A

Q：複数の脳卒中を発症している場合、どのように入力すればよいか。

A：今回の入院契機となったものについて入力する。

・ M010020 脳卒中患者/退院時

「A006020 診断情報/入院契機 ②ICD10コード」が010020, 010040～010070に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 退院時 modified Rankin Scale

退院時の状態を発症前RankinScaleと同じ指標を用いて“0”～“6”までの値を入力すること。転棟する場合は転棟時の値を入力する。不明の場合は“9”を入力する。

・ M010030 脳腫瘍患者/テモゾロミド

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010010に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② テモゾロミド（初発の初回治療に限る）の有無

テモゾロミドの初回治療を行えば「有」“1”を、「無」は“0”を入力する。例えば、他院でテモゾロミドによる治療を行って、自院に転院し、今回の入院でテモゾロミドの投与を行っても「無」となる。

・ M040010 MDC04患者/Hugh-Jones

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」がMDC04に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。ただし04026xに定義される傷病名になる場合を除く。

② Hugh-Jones分類

“1”～“5”までの値を入力する。6歳未満の小児で分類不能の場合は入力不要。

値	分類	所見
1	I	同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段昇降も健康者並みにできる。
2	II	同年齢の健康者と同様に歩行できるが、坂道・階段は健康者並みにはできない。
3	III	平地でも健康者並みに歩けないが、自分のペースなら1マイル(1.6km)以上歩ける。
4	IV	休み休みでなければ50m以上歩けない。
5	V	会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない。

Q&A

Q：寝たきりで分類不能な場合はどのようにするのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

Q&A

Q：症状が一番悪い時点でよいか。
A：よい。各親、子様式1のそれぞれの期間内で一番悪い状態を評価する。

・M040020 肺炎患者/重症度

15歳以上で「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が040070（インフルエンザ、ウイルス性肺炎）、040080（肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎）に該当する場合には入力必須となる。

② 肺炎の重症度分類

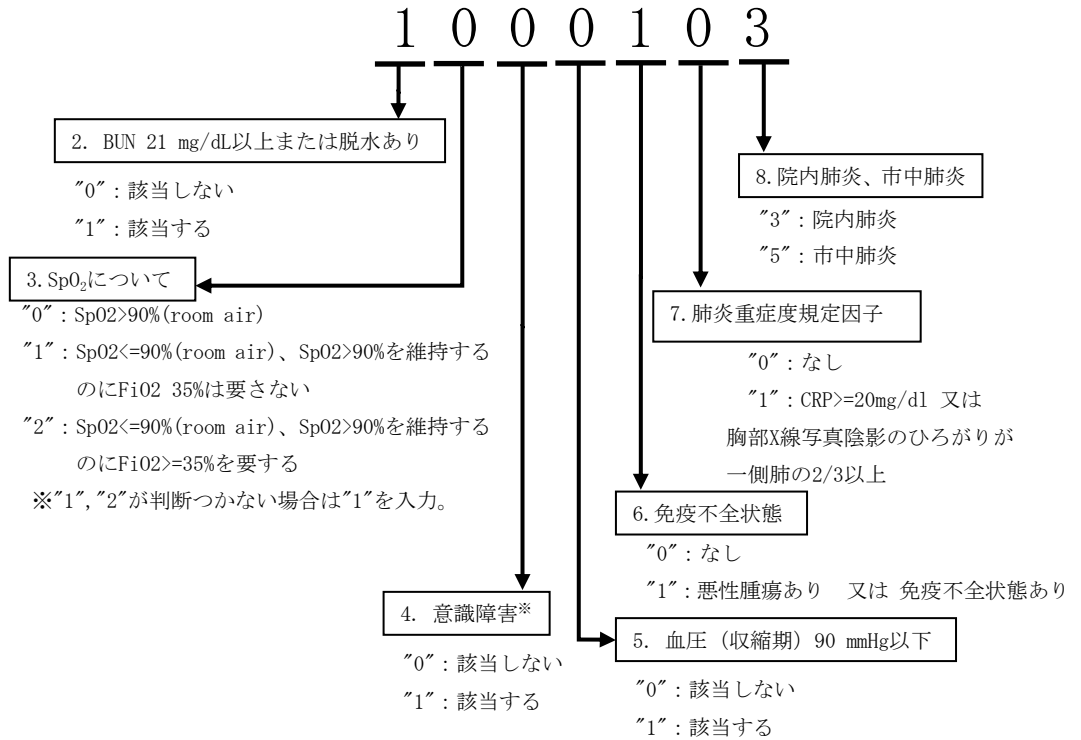
入院時の状態を評価する。入院中に発症した場合は発症時の状態を評価する。

入力する値は、次の各分類について、下記の入力方法に則って入力する。但し、「1. 男性 70 歳以上、女性75 歳以上」の年齢はA000010 ①生年月日と重複するデータであるため、入力しない。

<入力項目>

- 1. 男性 70 歳以上、女性 75 歳以上
- 2. BUN 21 mg/dL 以上または脱水あり
- 3. SpO₂ 90%以下 (PaO₂ 60Torr 以下)
- 4. 意識障害*
- 5. 血圧 (収縮期) 90 mmHg 以下
- 6. 免疫不全状態
- 7. 肺炎重症度規定因子
- 8. 院内肺炎又は市中肺炎

<入力方法>



例えば、BUN が 25mg/dl = "1"、SpO₂=93% = "0"、意識障害なし = "0"、血圧 (収縮期) = 120mmHg = "0"、免疫不全状態あり = "1"、肺炎重症度規定因子なし = "0"、院内肺炎 = "3"の場合は、"1000103"と入力する。

※意識障害；本邦では3-3-9度方式 (Japan coma scale) が用いられている。これに該当する場合は意識障害ありと判断する高齢者などでは I 1~3程度の意識レベルは認知症などで日頃から存在する場合がある。したがって、肺炎に由来する意識障害であることを検討する必要がある。

※"9"は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

・M050010 心不全患者/NYHA

「A006010 診断情報/主傷病 ②ICD10コード」、「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」、「A006031 診断情報/医療資源 2 ②ICD10コード」のいずれかがI110, I130, I132, I270, I272, I279, I50\$の場合は入力必須となる。

② NYHA心機能分類

入院時又は傷病が発症した時点で、下表の分類に従って値を入力する。傷病が1入院中に複数回生じた場合には、その中で最も重症な場合を入力する。

値	分類	所見
1	I	身体活動に制限のない心疾患患者 (心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常の身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。)
2	II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。(心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
3	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。(心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
4	IV	身体活動を制限し安静にしても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。(心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しい身体活動でも愁訴が増加する。)

Q&A

Q：分類不能な場合はどのようにするのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

・M050020 狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が050050に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類

入院時のCCS分類を“1”～“4”までの値により入力する。

値	分類	所見
1	Class I	日常身体活動では狭心症が起こらないもの。たとえば歩行、階段を登るなど。しかし、激しいか、急激な長時間にわたる仕事やレクリエーションでは狭心症が起こる。
2	Class II	日常生活にわずかな制限のあるもの。早足歩行や急いで階段を昇る、坂道を上る、食後や寒冷時、風が吹いているとき、感情的にストレスを受けたとき、または起床後数時間以内に歩いたり階段を昇ったときに狭心症が起こるもの。
3	Class III	日常生活に明らかに制限のあるもの。1～2ブロック（50～100m）の平地歩行や自分のペースで階段を昇っても狭心症が起こるもの。
4	Class IV	不快感なしに日常生活ができず、安静時にも狭心症状があるもの。

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

Q&A

Q：狭心症の症状がなければ入力しなくてよいのか。
A：症状がない場合は“9”を入力する。

・M050030 急性心筋梗塞患者情報/Killip

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が050030に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 急性心筋梗塞（050030）における入院時の重症度：Killip分類

入院時のKillip分類を“1”～“4”までの値により入力する。

値	分類	所見
1	Class1	心不全の兆候なし
2	Class2	軽症～中等症の心不全(肺ラ音、3音、静脈圧上昇)
3	Class3	重症心不全、肺水腫
4	Class4	心原性ショック（収縮期血圧<90mmHg、末梢循環不全（乏尿、チアノーゼ、発汗）

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

・M060010 肝硬変患者情報/Child-Pugh

診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 肝硬変のChild-Pugh分類

入院時又は肝硬変が発症した時点での下表の分類に従って各分類の値を決め、そのScoreを連ねて入力する。060300に該当する傷病の内、肝硬変以外の疾患の場合は全て“0”を入力する。

Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は“12132”と入力する。

Score	1	2	3
Bil (mg/dl)	<2	2-3	3<
Alb (g/dl)	3.5<	2.8-3.5	<2.8
腹水	なし	少量	中等量
脳症	なし	軽症	ときどき昏睡
PT (%)	70<	40-70	<40

Q&A

Q：いつの時点のものを入力するのか。入院時点か。
A：親・子様式1それぞれの該当期間内における最も悪い時点の状態を入力する。

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。
A：分類不能な項目は“0”を入力する。

・M060020 急性膵炎患者情報/重症度

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が060350に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 急性膵炎の重症度分類

入力する値は、A予後因子の合計点数と、B造影CT重症度スコアの合計点数を連ねた値を入力する。原則として発症後48時間以内に判定を行う。

例えば、該当する項目がA. 予後因子 (LDH、血小板数、CRP、年齢)、B. 造影剤CT Grade ①炎症の膵外進展度 (結腸間膜根部)、B. 造影剤CT Grade ②膵の造影不良域 (2つの区域全体にしめる、またはそれ以上の場合) だとした場合、入力する値としては、“43”と入力することとなる。なお、不明の場合は“99”を入力することとする。「B. 造影剤CT Grade」のみが不明の場合は「*8」と入力する (*にはAの点数を入力する)。

A. 予後因子 合計点数	B. 造影剤CT 重症度スコア 合計点数
0~9	0
	1
	2
	3
	4

※ 急性膵炎の重症度判定基準 (2008改訂)

	重症度判定基準	重症度スコア
A. 予後因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ Base excess \leq -3mEq/L、またはショック (収縮期血圧 \leq 80mmHg) ・ PaO₂ \leq 60mmHg (room air)、または呼吸不全 (人工呼吸器管理を必要とするもの) ・ BUN \geq 40mg/dL (or Cr \geq 2.0mg/dL)、または乏尿 (輸液後も1日尿量が400mL以下であるもの) ・ LDHが基準値上限の2倍以上 ・ 血小板数 \leq 10万/mm³ ・ 総Ca値 \leq 7.5 mg/dL ・ CRP \geq 15 mg/dL ・ SIRS診断基準 (※) における陽性項目数 \geq 3 ・ 70歳以上 	各1点
B. 造影剤CT Grade	・ 前腎傍腔	0点
①炎症の膵外進展度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結腸間膜根部 ・ 腎下極以遠 	1点 2点
B. 造影剤CT Grade	膵を便宜的に3つの区域 (膵頭部、膵体部、膵尾部) に分け、	
②膵の造影不良域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各区域に限局している場合、または膵の周辺のみの場合 ・ 2つの区域にかかる場合 ・ 2つの区域全体にしめる、またはそれ以上の場合 	0点 1点 2点

※SIRS診断基準項目：

- (1) 体温 $>$ 38または $<$ 36℃
- (2) 脈拍 $>$ 90回/分
- (3) 呼吸数 $>$ 20回/分または PaCO₂ $<$ 32mmHg
- (4) 白血球数 $>$ 12,000/mm³ もしくは $<$ 4,000/mm³、または10%超の幼若球の出現

Q&A

Q：いつの時点のものを入力するのか。入院時点か。
A：親・子様式1それぞれの該当期間内において最も重症であると判断された時点の状態を入力する。

・ M070010 関節リウマチ患者情報/分子標的薬

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が070470に定義される傷病名でかつ、インフリキシマブを使用した場合は入力必須となる。

② 抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無

抗リウマチ分子標的薬（インフリキシマブをいう）の初回導入治療（1回目投与もしくは2回目投与）の場合は“1”を、3回目以降投与の場合は“0”を入力する。例えば、他院で抗リウマチ分子標的薬（インフリキシマブをいう）による治療を行って、自院に転院し、今回の入院で抗リウマチ分子標的薬（インフリキシマブをいう）の投与を行っても回数にカウントして入力する。

・ M120010 産科患者情報/分娩

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が120130, 120140, 120160, 120170, 120180, 120200, 120210, 120260, 120270に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 入院周辺の分娩の有無

入院周辺の分娩の有無の状況に適する“1”～“3”までの値を入力する。

値	区分
1	入院前1週間以内分娩あり
2	入院中の分娩あり
3	その他

③ 分娩時出血量（②入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合入力）

分娩時出血量をミリリットル単位で記入する。不明の場合は“99999”と入力する。

・ M160010 熱傷患者情報/Burn index

診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② Burn index

「Burn index」 = 0.5 × II度熱傷面積% + III度熱傷面積%の値を入力する。熱傷がない場合は空欄（null）とする。

例 II度熱傷面積が10%でIII度熱傷面積が10%の場合 → 15

Q&A

Q：化学熱傷、凍傷、電撃傷の場合も入力が必要か。
A：化学熱傷、凍傷、電撃傷についても皮膚表在性の広さを仮に評価し入力する。

Q&A

Q：熱傷があるがBurn index 値が「0」の場合は入力しないのか。
A：「0」を入力する。

Q&A

Q：I度熱傷面積はBurn index 値の計算に使用しないのか。II度、III度のみか。
A：II度、III度のみ。

・ M170010 精神疾患・認知症患者情報/入院時 GAF

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」がMDC17及び01021xに定義される傷病名になる場合、又は精神病床への入院がある場合は入力必須となる。

② 入院時GAF尺度

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮し、0から100の数値を入力する。この際、身体的（または環境的）制約による機能障害を含めないこと。（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）。入院時に該当するGAFにより判断する。ただし、入院後に様式1範囲において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

値	所見
91-100	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人に多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81-90	症状が全くないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに家族と口論する）。
71-80	症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：一時的に学業で後れをとる）。
61-70	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難はある（例：

値	所見
	時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全体的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51-60	中等度の症状(例:感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の困難(例:友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)
41-50	重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する)または、社会的、職業的、または学校の機能における何らかの深刻な障害(例:友達がいない、仕事が続かない)
31-40	現実検討か疎通性にいくらかの欠陥(例:会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもをなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)
21-30	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または疎通性が判断に重大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:1日中床に横たっている、仕事も家庭も友達もない)。
11-20	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:はっきりと死の可能性を意識しない自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない。(例:大便を塗りたくる)、または、疎通性に重大な欠陥(例:大部分滅裂か無言症)
1-10	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:暴力の繰り返し)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、はっきりと死の可能性を意識した重大な自殺行為
0	情報不十分

・ M170020 精神保健福祉法に関する情報

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」がMDC17及び01021xに定義される傷病名になる場合、又は精神病床への入院がある場合は入力必須となる。

② 精神保健福祉法における入院形態

任意入院の場合は“1”を、医療保護入院の場合は“2”を、措置入院の場合は“3”を、応急入院の場合は“4”を入力する。

③ 精神保健福祉法に基づく隔離日数

隔離とは、「精神科隔離室管理加算」の算定要件を満たすものに限らない。すなわち、12時間以内の隔離や7日を超える隔離も含め、精神保健福祉法に基づいて行われた全ての隔離を日数単位で記入すること。

④ 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数

身体拘束とは、精神保健福祉法に基づいて行われる行為に限定され、点滴等を目的に同法に基づかず短時間のみ四肢等の一部を拘束する行為は含まれない。また、同一日に複数回の身体拘束指示および解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに該当するが、精神病床に入院していない場合は、②～④はどのように入力するのか。

A：精神病床に入院していない場合は、精神保健福祉法が適用されたと仮定して入力する(入院形態ならば「任意入院」等)。日数については「0」と入力しても構わない。

・ Mzz0010 その他の重症度分類

使用は病院毎に任意、本調査では使用しない

② その他の重症度分類・分類番号または記号

⑨で記入した分類の該当する分類番号または記号を記入する。

⑨ その他の重症度分類・名称

上記に定義されている重症度分類以外で記述できる重症度分類がある場合に、その分類名を記入する。

様式1全般のQA

調査対象について

Q&A

Q：1年前に入院し、今年の4月に退院した患者がいるが、この患者も様式1の対象となるのか。
A：入院日は関係なく様式1対象の条件を満たせば対象になる。

Q&A

Q：障害者施設等入院基本料を算定する特定患者の特定入院基本料を算定する場合は、様式1の対象となるのか。
A：その他病棟のグループとして作成を要する。

Q&A

Q：一般病棟特別入院基本料を算定する病棟に入院する患者は様式1の対象となるのか。
A：その他病棟のグループとして作成を要する。

Q&A

Q：一般病棟入院基本料の算定病棟に90日を超えて入院している患者が、一般病棟入院基本料 注11の規定に基づき療養病棟入院基本料を算定する場合は様式1の作成対象となるのか。
A：一般病棟グループとして作成を要する。

入力条件について

Q&A

Q：「必須（医療資源が〇〇〇の場合は入力）」という項目は、〇〇〇に該当していると必須なのか。
A：そのとおり。

Q&A

Q：「必須（医療資源が〇〇〇の場合は入力）」という項目の〇〇〇に該当していなくても、入力して構わないか。
A：構わない。

作成・提出方法について

Q&A

Q：当院は A100 一般病棟入院基本料を算定する病棟のみではなく、一般病棟以外への転棟はない。子様式 1 の作成は不要か。
 A：不要。A100 一般病棟入院基本料のみの場合は、入院から退院まで 1 レコードのみを作成する。

Q&A

Q：DPC 算定において同一疾患で 7 日以内に再入院した場合は一連の入院と見なすが、様式 1 も一連と見なし、2 つの入院データを一連とした様式 1 を作成するのか。
 A：一連とした様式 1 に加え、前回入院と今回の入院の様式 1 の計 3 つの様式 1 を提出する。

Q&A

Q：当院は DPC 準備病院であるが、DPC 準備病院であっても同一疾患で 7 日以内に再入院した場合は、一連の入院とした様式 1 を作成・提出しないといけないのか。
 A：そのとおり。

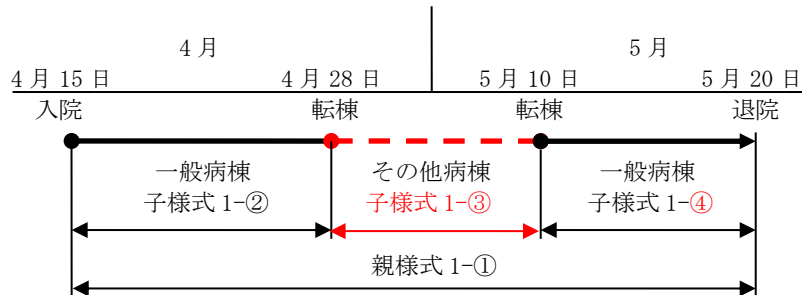
Q&A

Q：転棟した場合、転棟した日は転棟先の入院料を算定するが、転棟した日を含めて転棟後の子様式 1 を作成するのか。
 A：そのとおり。転棟した日を含めて転棟後の子様式 1 の範囲とする。

Q&A

Q：4 月に一般病棟から療養病棟へ転棟し、5 月に一般病棟へ再転棟し、同月退院した場合、どのように提出するのか。
 A：子様式 1 は転棟または退院した時点、親様式 1 は退院した時点の月に作成し、提出する。

例



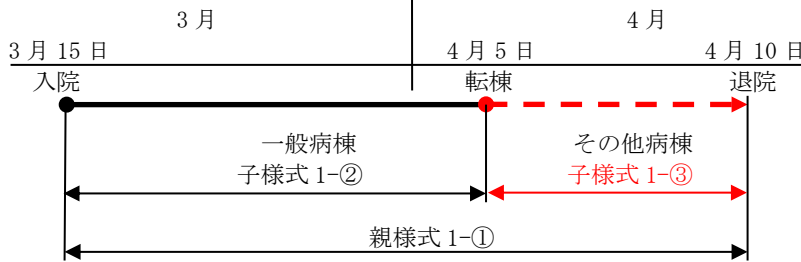
4 月分 1 レコード、5 月分 3 レコード提出する。

	提出月	
	4 月分として提出	5 月分として提出
親様式 1-①		○
子様式 1-②	○	
子様式 1-③		○
子様式 1-④		○

Q&A

Q : 3月に一般病棟へ入院し、4月に療養病棟へ転棟、退院した場合は、どのように提出するのか。
 A : 子、親それぞれの様式1を4月分として提出する。

例



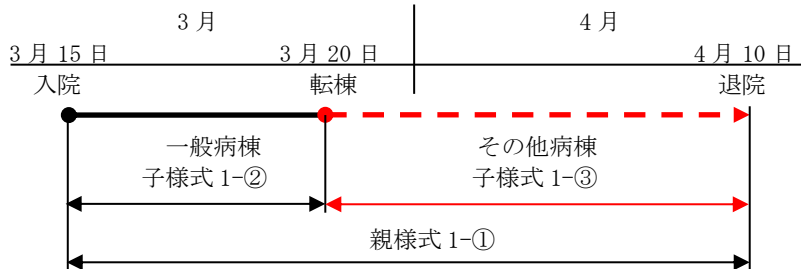
親様式 1-①、子様式 1-②および子様式 1-③を4月分として提出する。

	提出月
	4月分として提出
親様式 1-①	○
子様式 1-②	○
子様式 1-③	○

Q&A

Q : 4月1日以前に一般病棟から療養病棟へ転棟し、4月に退院した場合は、どのように提出するのか。
 A : 親様式1は今年度4月分、子様式1は前年度3月分として提出する。各年度の調査実施説明資料に合わせて作成すること。

例



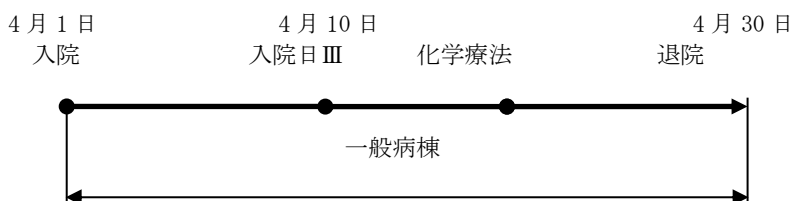
親様式 1-①は今年度4月分として提出する。
 子様式 1-②は前年度3月分として提出する。
 子様式 1-③は今年度4月分として提出する。

	提出月	提出月
	前年度3月分として提出	今年度4月分として提出
親様式 1-①		○
子様式 1-②	○	
子様式 1-③		○

Q&A

Q : 当院はDPC対象病院であるが、入院日Ⅲを超えた場合の手術や化学療法の入力方法はどのように行うのか。
 A : 入院日Ⅲは関係ない。入院日Ⅲを超えても様式1の範囲間で入力する。様式1の範囲でその行為を行えば必ず入力すること。

例



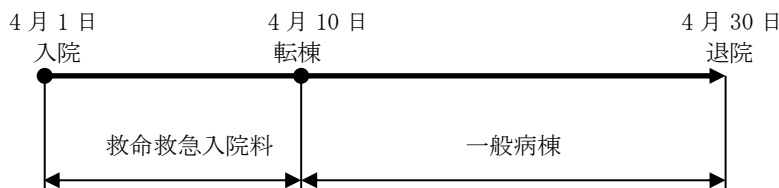
入院年月日	退院年月日	化学療法の有無
20140401	20140430	1「有（経口）」

Q&A

Q：救命救急入院料を算定した患者が、一般病棟入院基本料を算定する病棟に転棟し退院した場合は、様式1を救命救急入院料、一般病棟入院基本料を算定していた期間でそれぞれ作成するのか。

A：この場合は1レコード作成する。

例



1レコード作成する。

入院年月日	退院年月日
20140401	20140430

下記の同グループ間内の転棟の場合は1レコードとし、他のグループ（例えば一般病棟グループから精神病棟グループ）へ移動した場合は子様式1を作成する。

一般病棟グループ

- ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）
- ・特定機能病院入院基本料（一般）
- ・専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・小児特定集中治療室管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・新生児治療回復室入院医療管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料
- ・短期滞在手術等基本料（3のみ）

精神病棟グループ

- ・精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1）
- ・特定機能病院入院基本料（精神）
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料（1および2）
- ・精神科救急・合併症入院料
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料

その他病棟グループ

- ・上記以外の入院基本料、特定入院料等

Q&A

Q：当院は4月よりDPC対象病院となるが、同一疾患で7日以内に再入院した場合で、1回目の入院が出来高算定、2回目の入院がDPC算定だった場合、統括診療情報番号Aの様式1は必要か。

A：必要。出来高算定、DPC算定は関係ない。

様式1の作成方法まとめ

親様式1の作成（入院日から退院日までの様式1）

入院日から退院日までの親様式1を作成する。

子様式1の作成（転棟毎による様式1）

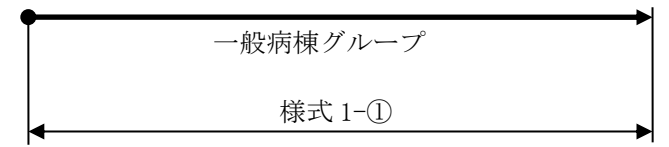
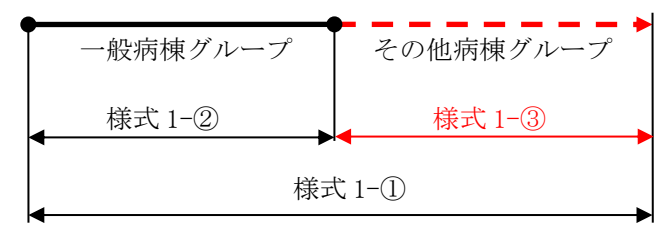
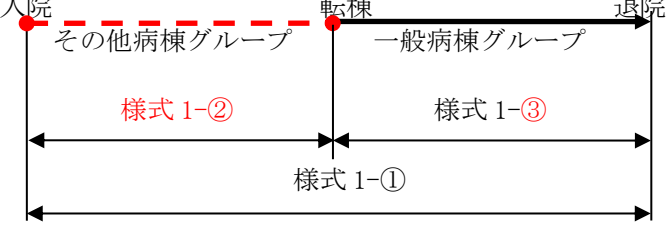
入院日から退院日までの親様式1に加え、転棟した場合はその期間の子様式1を作成する。下記の同グループ内の転棟は作成しない。（例えば一般病棟グループ内のみ、または精神病棟グループ内のみで入退院した場合は親様式1のみ作成し、子様式1は作成しない。）

グループ	入院基本料・特定入院料等
一般病棟グループ	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1） 特定機能病院入院基本料（一般） 専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1） 救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院医療管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 一類感染症患者入院医療管理料 小児入院医療管理料 短期滞在手術等基本料（3のみ） 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。
精神病棟グループ	<ul style="list-style-type: none"> 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1） 特定機能病院入院基本料（精神） 精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料（1および2） 精神科救急・合併症入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料
その他病棟グループ ※以下は当該グループの作成は任意となる。 ・平成26年3月31日までにデータ提出加算の届出を行っている医療機関（平成26年度のみ） ・データ提出加算の届出を行っていない医療機関	上記以外 <ul style="list-style-type: none"> 障害者施設等入院基本料 短期滞在手術等基本料（2） 回復期リハビリテーション病棟入院料 亜急性期入院医療管理料 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料含む） 結核病棟入院基本料 療養病棟入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 認知症治療病棟入院料 等

同一疾患で7日以内に再入院した場合の様式1の作成

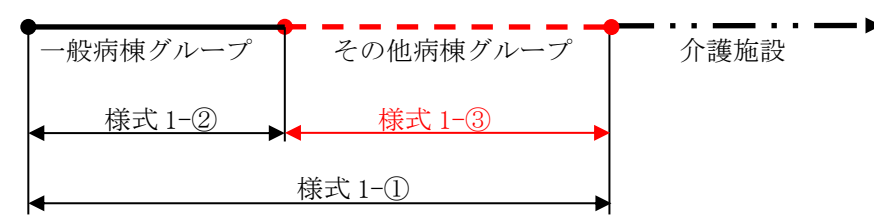
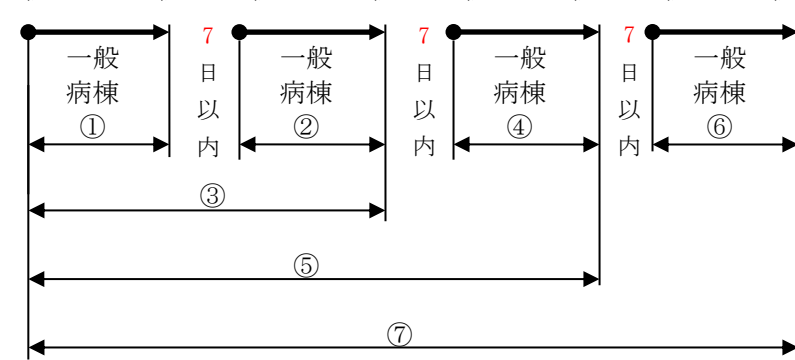
同一疾患かつ一般病棟グループ間において7日以内に再入院した場合は、前回入院と再入院したそれぞれの様式1に加え、この2つの様式1を一連の入院とした様式1を作成する。次項のパターン9、11、14、15、16、18に例示するように、この場合の統括診療情報番号の記載に留意すること。

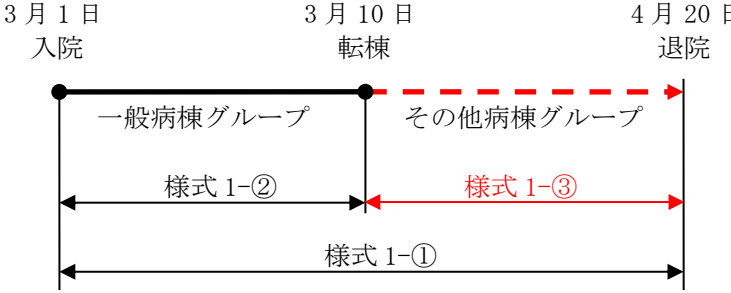
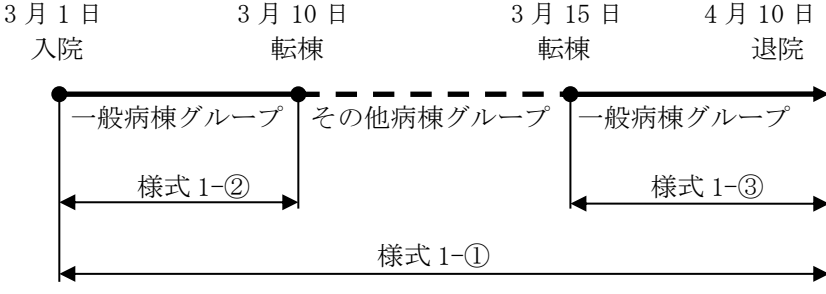
さまざまな入院パターンによる様式1の作成例

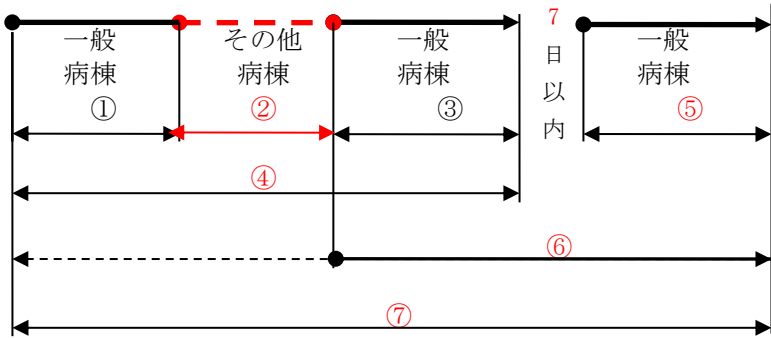
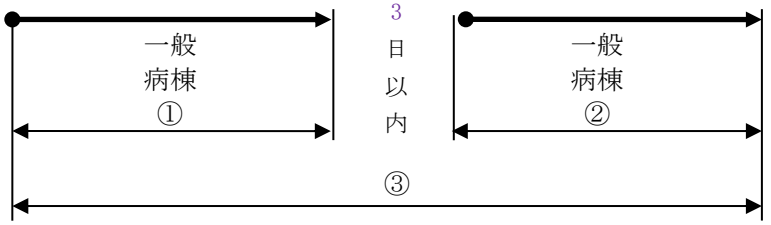
パターン	入院パターン																								
1	<p>一般病棟グループのみ</p> <p>4月1日 入院 → 4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 492 1332 638"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																				
2	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ</p> <p>4月1日 入院 → 4月10日 転棟 → 4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 1120 1332 1332"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140410</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420	様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409	様式 1-③	2	20140401	20140420	20140410	20140420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																				
様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409																				
様式 1-③	2	20140401	20140420	20140410	20140420																				
3	<p>その他病棟グループ → 一般病棟グループ</p> <p>4月1日 入院 → 4月10日 転棟 → 4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 1780 1332 1993"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140410</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420	様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409	様式 1-③	2	20140401	20140420	20140410	20140420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																				
様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409																				
様式 1-③	2	20140401	20140420	20140410	20140420																				

パターン	入院パターン																														
4	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ → 一般病棟グループ</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月20日 転棟 4月30日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140410</td> <td>20140419</td> </tr> <tr> <td>様式 1-④</td> <td>3</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> <td>20140420</td> <td>20140430</td> </tr> </tbody> </table> <p>4レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140430	20140401	20140430	様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409	様式 1-③	2	20140401	00000000	20140410	20140419	様式 1-④	3	20140401	20140430	20140420	20140430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式 1-①	0	20140401	20140430	20140401	20140430																										
様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409																										
様式 1-③	2	20140401	00000000	20140410	20140419																										
様式 1-④	3	20140401	20140430	20140420	20140430																										
5	<p>外科（一般病棟グループ）→内科（一般病棟グループ）へ転科</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転科 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 一般病棟グループ内であれば診療科は関係なく転科をしても1レコードとする。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																		
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																										
6	<p>救命救急入院料（一般病棟グループ） → 一般病棟入院基本料（一般病棟グループ）</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 一般病棟グループ内であれば転棟とはせず、一連の入院として取り扱う。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																		
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																										

パターン	入院パターン																								
7	<p>DPC 包括評価対象（一般病棟グループ） → 入院日Ⅲ超え（一般病棟グループ）</p> <p>4月1日 入院 4月10日 入院日Ⅲ超え 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 包括評価の対象となる患者が、入院途中で入院日Ⅲを超え、出来高評価になった場合であっても、入院日から退院日までの期間で様式1を1レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																				
8	<p>医科保険以外 → 医科保険 ～保険の切り替え</p> <p>4月1日 入院 4月10日 保険切り替え 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 医科保険以外の患者が、入院途中で保険を切り替え、医科保険適用になった場合であっても、入院日から退院日までの期間で様式1を1レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																				
9	<p>同一疾患で7日以内に再入院</p> <p>4月1日 入院 4月10日 退院 4月12日 再入院 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140410</td> <td>20140401</td> <td>20140410</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>0</td> <td>20140412</td> <td>20140420</td> <td>20140412</td> <td>20140420</td> </tr> <tr> <td>様式1-A</td> <td>A</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。 同一疾患で7日以内に再入院した場合、様式1は一連としたものとそれぞれの入院期間の様式1を作成する。同一疾患とは前回入院の医療資源を最も投入した傷病名の診断群分類番号の頭2桁と今回入院の入院契機病名の診断群分類番号の頭2桁が一致した場合をいう。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140401	20140410	20140401	20140410	様式1-②	0	20140412	20140420	20140412	20140420	様式1-A	A	20140401	20140420	20140401	20140420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20140401	20140410	20140401	20140410																				
様式1-②	0	20140412	20140420	20140412	20140420																				
様式1-A	A	20140401	20140420	20140401	20140420																				

パターン	入院パターン																																																
10	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ → 介護施設</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 526 1332 739"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140410</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。 介護施設へ入所した時点で退院したものとし、様式1を作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420	様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409	様式 1-③	2	20140401	20140420	20140410	20140420																								
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																												
様式 1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																																												
様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409																																												
様式 1-③	2	20140401	20140420	20140410	20140420																																												
11	<p>同一疾患で7日以内に再入院を繰り返した場合</p> <p>4/1 入院 4/2 退院 4/5 入院 4/7 退院 4/9 入院 4/11 退院 4/13 入院 4/15 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 1500 1332 1859"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140402</td> <td>20140401</td> <td>20140402</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>0</td> <td>20140405</td> <td>20140407</td> <td>20140405</td> <td>20140407</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td colspan="5">不要</td> </tr> <tr> <td>様式 1-④</td> <td>0</td> <td>20140409</td> <td>20140411</td> <td>20140409</td> <td>20140411</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑤</td> <td colspan="5">不要</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑥</td> <td>0</td> <td>20140413</td> <td>20140415</td> <td>20140413</td> <td>20140415</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑦</td> <td>A</td> <td>20140401</td> <td>20140415</td> <td>20140401</td> <td>20140415</td> </tr> </tbody> </table> <p>5レコード作成する。 再入院を繰り返す場合であっても、最終的に集約した1データのみ作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20140401	20140402	20140401	20140402	様式 1-②	0	20140405	20140407	20140405	20140407	様式 1-③	不要					様式 1-④	0	20140409	20140411	20140409	20140411	様式 1-⑤	不要					様式 1-⑥	0	20140413	20140415	20140413	20140415	様式 1-⑦	A	20140401	20140415	20140401	20140415
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																												
様式 1-①	0	20140401	20140402	20140401	20140402																																												
様式 1-②	0	20140405	20140407	20140405	20140407																																												
様式 1-③	不要																																																
様式 1-④	0	20140409	20140411	20140409	20140411																																												
様式 1-⑤	不要																																																
様式 1-⑥	0	20140413	20140415	20140413	20140415																																												
様式 1-⑦	A	20140401	20140415	20140401	20140415																																												

パターン	入院パターン																								
12	<p data-bbox="331 152 1141 185">一般病棟グループ → その他病棟グループ (4月1日以前に転棟)</p>  <table border="1" data-bbox="418 533 1337 743"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140301</td> <td>20140420</td> <td>20140301</td> <td>20140420</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>1</td> <td>20140301</td> <td>00000000</td> <td>20140301</td> <td>20140309</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>2</td> <td>20140301</td> <td>20140420</td> <td>20140310</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 750 1069 884">3レコード作成する。 様式1-①および様式1-③は、今年度調査実施説明資料 様式1-②は、前年度調査実施説明資料 に基づいて、それぞれ作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140301	20140420	20140301	20140420	様式1-②	1	20140301	00000000	20140301	20140309	様式1-③	2	20140301	20140420	20140310	20140420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20140301	20140420	20140301	20140420																				
様式1-②	1	20140301	00000000	20140301	20140309																				
様式1-③	2	20140301	20140420	20140310	20140420																				
13	<p data-bbox="331 1059 1428 1126">一般病棟グループ → その他病棟グループ (3月31日以前に転棟) → 一般病棟グループ (3月31日以前に転棟)</p>  <table border="1" data-bbox="418 1505 1337 1715"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140301</td> <td>20140410</td> <td>20140301</td> <td>20140410</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>1</td> <td>20140301</td> <td>00000000</td> <td>20140301</td> <td>20140309</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>2</td> <td>20140301</td> <td>20140410</td> <td>20140315</td> <td>20140410</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 1722 1013 1856">3レコード作成する。 様式1-①、様式1-③は、今年度調査実施説明資料 様式1-②は、前年度調査実施説明資料 に基づいて、それぞれ作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140301	20140410	20140301	20140410	様式1-②	1	20140301	00000000	20140301	20140309	様式1-③	2	20140301	20140410	20140315	20140410
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20140301	20140410	20140301	20140410																				
様式1-②	1	20140301	00000000	20140301	20140309																				
様式1-③	2	20140301	20140410	20140315	20140410																				

パターン	入院パターン																																																
14	<p>一般病棟→その他病棟→一般病棟→同一疾患で7日以内に再入院 パターン4と9の組み合わせ</p> <p>4/1 入院 4/5 転棟 4/10 転棟 4/15 退院 4/17 再入院 4/30 退院</p>  <table border="1" data-bbox="422 667 1337 1025"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>1</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140404</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>2</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140405</td> <td>20140409</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>3</td> <td>20140401</td> <td>20140415</td> <td>20140410</td> <td>20140415</td> </tr> <tr> <td>様式1-④</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140415</td> <td>20140401</td> <td>20140415</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑤</td> <td>0</td> <td>20140417</td> <td>20140430</td> <td>20140417</td> <td>20140430</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑥</td> <td>A</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> <td>20140410</td> <td>20140430</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑦</td> <td>B</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> </tr> </tbody> </table> <p>7レコード作成する。 様式1-⑦の統括診療情報番号は”B”となることに注意すること。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	1	20140401	00000000	20140401	20140404	様式1-②	2	20140401	00000000	20140405	20140409	様式1-③	3	20140401	20140415	20140410	20140415	様式1-④	0	20140401	20140415	20140401	20140415	様式1-⑤	0	20140417	20140430	20140417	20140430	様式1-⑥	A	20140401	20140430	20140410	20140430	様式1-⑦	B	20140401	20140430	20140401	20140430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																												
様式1-①	1	20140401	00000000	20140401	20140404																																												
様式1-②	2	20140401	00000000	20140405	20140409																																												
様式1-③	3	20140401	20140415	20140410	20140415																																												
様式1-④	0	20140401	20140415	20140401	20140415																																												
様式1-⑤	0	20140417	20140430	20140417	20140430																																												
様式1-⑥	A	20140401	20140430	20140410	20140430																																												
様式1-⑦	B	20140401	20140430	20140401	20140430																																												
15	<p>同一疾患で3日以内に再入院（1回目の退院日が3月31日以前）</p> <p>3月10日 入院 3月15日 退院 3月18日 再入院 4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="422 1579 1337 1792"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140310</td> <td>20140315</td> <td>20140310</td> <td>20140315</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>0</td> <td>20140318</td> <td>20140420</td> <td>20140318</td> <td>20140420</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">不要</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。 様式1-①は、前年度調査実施説明資料 様式1-②は、今年度調査実施説明資料 に基づいてそれぞれ作成する。</p> <p>改定を跨いだ一連となる様式についての作成は不要とする。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140310	20140315	20140310	20140315	様式1-②	0	20140318	20140420	20140318	20140420	様式1-③	不要																												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																												
様式1-①	0	20140310	20140315	20140310	20140315																																												
様式1-②	0	20140318	20140420	20140318	20140420																																												
様式1-③	不要																																																

パターン 16 入院パターン 同一疾患で7日以内に月をまたいで再入院を繰り返した場合

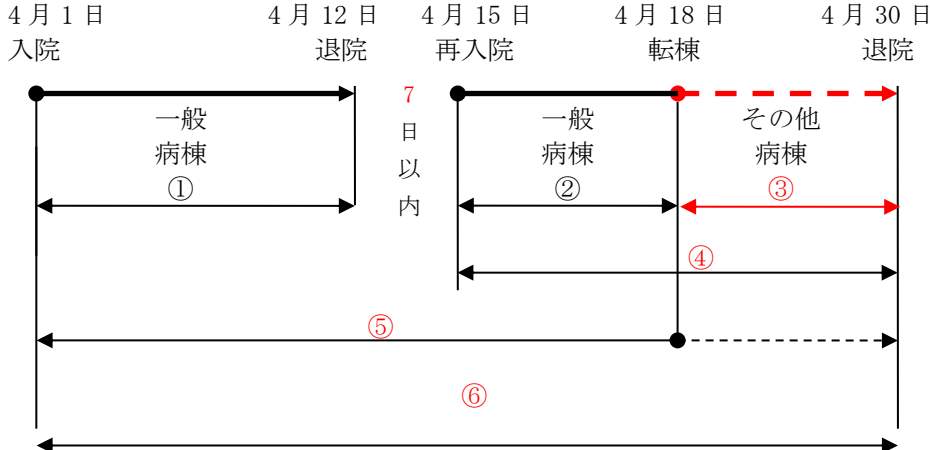
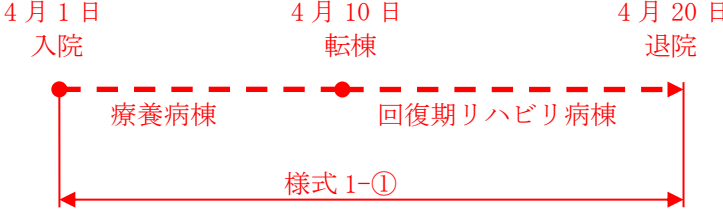
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
様式1-①	0	20140420	20140421	20140420	20140421
様式1-②	0	20140423	20140430	20140423	20140430
様式1-③	不要				
様式1-④	0	20140503	20140520	20140503	20140520
様式1-⑤	A	20140420	20140520	20140420	20140520

4レコード作成する。
 4月分として様式1-①、様式1-②、5月分として様式1-④、様式1-⑤を提出する。
 再入院を繰り返す場合であっても、最終的に集約した1データのみ作成する。

パターン 17 一般病棟→その他病棟→同一疾患で7日以内に再入院

	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
様式1-①	1	20140401	00000000	20140401	20140409
様式1-②	2	20140401	20140415	20140410	20140415
様式1-③	0	20140401	20140415	20140401	20140415
様式1-④	0	20140418	20140430	20140418	20140430
様式1-⑤	不要				

4レコード作成する。
 様式1-⑤は不要
 この場合は7日以内の再入院とは扱わない。
 7日以内の再入院は一般病棟間が7日以内かで判断する。

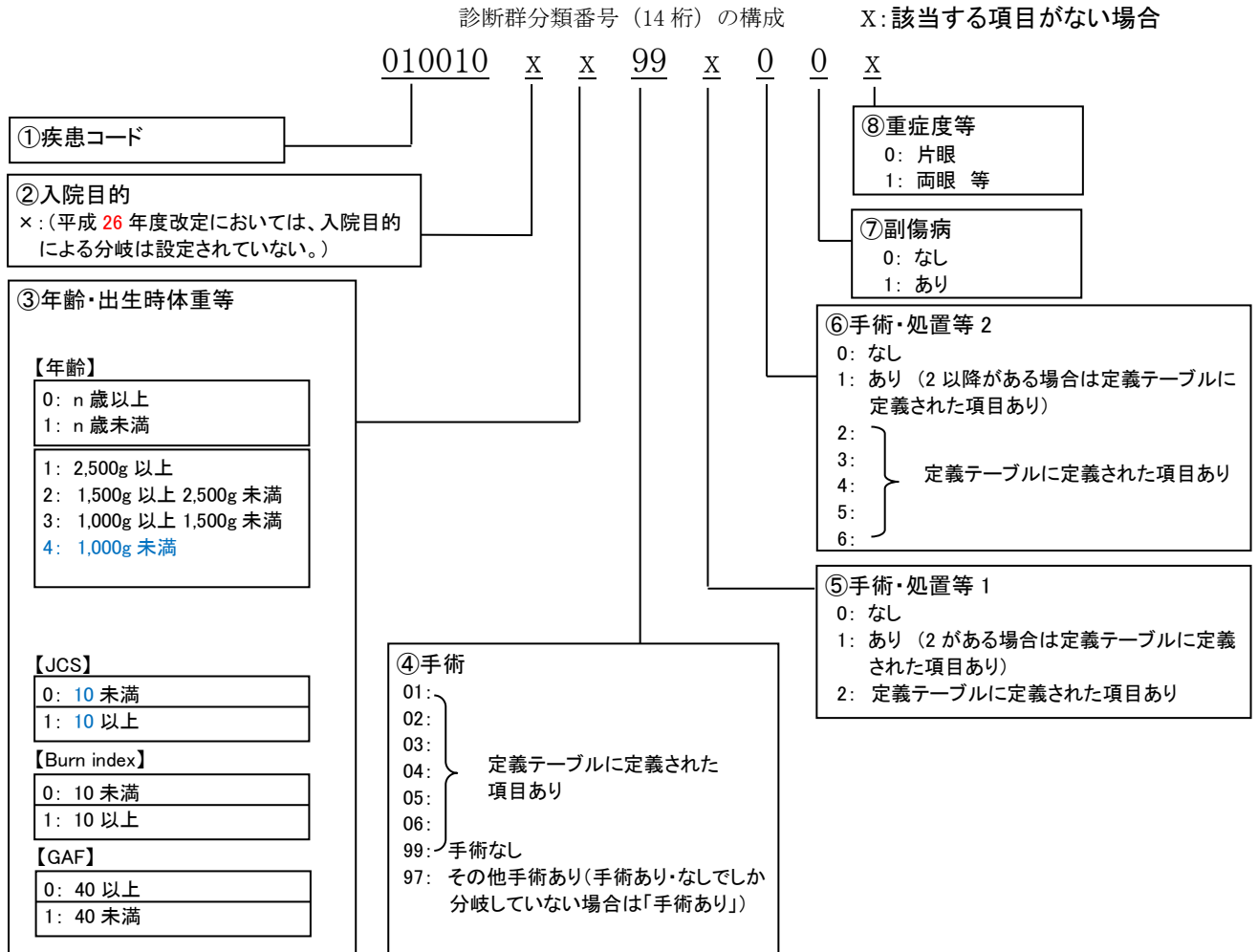
パターン	入院パターン																																										
18	<p data-bbox="331 152 1141 185">一般病棟→同一疾患で7日以内に再入院（一般病棟）→その他病棟</p>  <table border="1" data-bbox="418 772 1337 1093"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140412</td> <td>20140401</td> <td>20140412</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>1</td> <td>20140415</td> <td>00000000</td> <td>20140415</td> <td>20140417</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>2</td> <td>20140415</td> <td>20140430</td> <td>20140418</td> <td>20140430</td> </tr> <tr> <td>様式1-④</td> <td>0</td> <td>20140415</td> <td>20140430</td> <td>20140415</td> <td>20140430</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑤</td> <td>A</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140417</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑥</td> <td>B</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> <td>20140401</td> <td>20140430</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="406 1097 662 1131">6レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140401	20140412	20140401	20140412	様式1-②	1	20140415	00000000	20140415	20140417	様式1-③	2	20140415	20140430	20140418	20140430	様式1-④	0	20140415	20140430	20140415	20140430	様式1-⑤	A	20140401	00000000	20140401	20140417	様式1-⑥	B	20140401	20140430	20140401	20140430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																						
様式1-①	0	20140401	20140412	20140401	20140412																																						
様式1-②	1	20140415	00000000	20140415	20140417																																						
様式1-③	2	20140415	20140430	20140418	20140430																																						
様式1-④	0	20140415	20140430	20140415	20140430																																						
様式1-⑤	A	20140401	00000000	20140401	20140417																																						
様式1-⑥	B	20140401	20140430	20140401	20140430																																						
19	<p data-bbox="331 1267 1337 1301">療養病棟（その他病棟グループ） → 回復期リハビリ病棟（その他病棟グループ）</p>  <table border="1" data-bbox="418 1635 1337 1780"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> <td>20140401</td> <td>20140420</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="406 1848 1428 1960">1レコード作成する 算定される入院料（在室している病棟）が変更となった場合であっても、グループ単位で作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																														
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																						
様式1-①	0	20140401	20140420	20140401	20140420																																						

パターン	入院パターン																														
20	<p>一般病棟 → 地域包括ケア入院医療管理料（その他病棟グループ） → 一般病棟</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月15日 転棟 4月25日 退院</p> <p>様式 1-② 様式 1-③ 様式 1-④</p> <p>様式 1-①</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式 1 開始日</th> <th>様式 1 終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20140401</td> <td>20140425</td> <td>20140401</td> <td>20140425</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140401</td> <td>20140409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20140401</td> <td>00000000</td> <td>20140410</td> <td>20140414</td> </tr> <tr> <td>様式 1-④</td> <td>3</td> <td>20140401</td> <td>20140425</td> <td>20140415</td> <td>20140425</td> </tr> </tbody> </table> <p>4レコード作成する。 地域包括ケア入院医療管理料については、その他病棟グループであるために子様式 1-③を作成する。この場合、様式 1-②と様式 1-③の一連とする様式の作成は必要ない。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日	様式 1-①	0	20140401	20140425	20140401	20140425	様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409	様式 1-③	2	20140401	00000000	20140410	20140414	様式 1-④	3	20140401	20140425	20140415	20140425
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日																										
様式 1-①	0	20140401	20140425	20140401	20140425																										
様式 1-②	1	20140401	00000000	20140401	20140409																										
様式 1-③	2	20140401	00000000	20140410	20140414																										
様式 1-④	3	20140401	20140425	20140415	20140425																										

同一疾患で7日以内の再入院について

同一疾患とは

診断群分類番号（14桁）の頭2桁（**主要診断群（MDC）**）が前回入院と今回入院で一致した場合、同一とする。一連の入院とみなす7日以内の再入院は、**前回入院**の「医療資源を最も投入した傷病名」と**今回入院**の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上2桁において判断する。一連の入院とみなす7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても、診断群分類の上2桁が同一であれば、一連とみなす。ただし、予定された再入院で、かつ、再入院時に悪性腫瘍患者に係る化学療法を実施する場合は、一連の入院とはみなさない。



7日以内とは

7日以内とは退院した日から7日後までに再入院した場合をいう。

例) 4月1日に退院した場合、4月8日までに再入院した場合を7日以内とする。

7日以内	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日	4月8日	4月9日	備考
○	●									当日に再入院
		●								翌日に再入院
			●							翌々日に再入院
				●						3日後に再入院
					●					4日後に再入院
						●				5日後に再入院
							●			6日後に再入院
								●		7日後に再入院
									●	8日後に再入院
×									●	9日後に再入院

様式 3

様式3は「施設調査票」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等加算の算定状況等・地域医療指数における指定状況等を把握するために必要なデータである。

1. 入力方法

- * 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイルを後日厚生労働省から配布する。
- * 様式3は電子媒体での提出を基本とするので、「記憶媒体」、「ファイル」についても、要領に従って提出すること。

(1) 届出病床数

各月1日における「届出病床数」及び「入院基本料等加算」の算定状況を、エクセルの記載要領に従って記載。「届出病床数」は、保険診療として地方厚生（支）局に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。

- ※1 病床総数：医療保険届出病床数＋介護保険届出病床数＋その他病床数＋**休止病床数**の合計
- ※2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数：届出病床数のうち、老人性痴呆疾患療養病棟を除いたもの
- ※4 その他病床数：健診ベッド等※2、※に含まれない病床数
- ※5 **休止病床数**：地方厚生局へ届出を行っている休止病床数

(2) 許可病床数

医療法上の許可病床数を入力する。なお、入力値は医療法許可病床種別別（一般、療養、精神、感染症、結核）で入力することとする。

(3) 医療保険届出病床のうち非稼働病床数

医療保険届出病床のうち、地方厚生局へ届出を行っていない非稼働病床数を入力する。調査上での定義は「**医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受け入れを休止している病床であって、地方厚生支局に休止を届ける予定のない病床。**」をいう。

(4) 入院基本料加算

算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくとも算定が可能であった場合は「○」とする。

(5) 開設者コード

該当するコードを入力する。

コード	類型	説明
1	国立（独立行政法人含む）	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人及び独立行政法人労働者健康福祉機構が開設する病院、国立病院（ナショナルセンター）、通信病院、その他の独立行政法人
2	公立	都道府県立、市町村立病院
3	公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
4	社会保険関係	社会保険関係、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
5	医療法人	医療法人
6	個人	個人
7	その他の法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協会社、1～6に該当しない法人

2. ファイル

- (1) 厚生労働省配布のエクセルファイルを使用すること。
- (2) エクセルシートは1ファイルにつき3シートとすること。

Q&A

Q：改装のため休床としている病床があるが病床数には加えるのか。
A：届け出ている休床数については、「**休止病床数**」に計上すること。

Q&A

Q：短期滞在手術**等**基本料2、小児入院医療管理料5および**地域包括ケア入院医療管理料**は病床数という概念がない。どのように入力するのか。
A：「○」と入力すること。

Q&A

Q：ハイリスク分娩管理加算について、施設基準の届出はしているが、4月には算定が1件もなかった場合はどちらになるのか。
A：算定の実績ではなく、算定可能かどうかで判定する。この場合は「○」となる。

Q&A

Q：A214 看護補助加算を精神病棟のみで算定している場合はどうすればよいか。
A：精神病棟のみで算定している場合は「×」とする。

Q&A

Q：地域がん登録の入力方法はどうすればよいか。
A：都道府県に提出した月に提出した件数を入力する。例えば、4～6月分を7月に提出したのであれば、7月に合計を入力する。

Q&A

Q：第二種感染症病床については、どうすればよいか。
A：医科点数表第1章基本診療料第1節入院基本料および第3節特定入院料として病床数に含まれているために、重複しての入力は必要ない。

様式3-1

=入力必要箇所

施設コード:

施設名:

年
月
日

0
0

今後、調査用ホームページにて掲載予定

A300救命救急入院料の加算は「○」か「×」を入力のこと。

施設コード:

開設者コード:

施設名:

票
入
A2
A2
A2
A2
A2
A2
A2
A2

6年
月
日

今後、調査用ホームページにて掲載予定

様式3-3

=入力必要箇所

施設コード:

施設名:

今後、調査用ホームページにて掲載予定

(注)提出するデータに関しては、不値を最小限にするとともに、事務局等からの照会に対応する体制を整えておくこと。

様式 4

様式4は「医科保険診療以外のある症例調査票」である。

様式1、診療報酬請求情報（EFファイル等）は医科保険診療の実績データに限定して収集することにしており、自賠責や正常分娩など他の支払方法に基づいた診療との併用や、歯科診療との組み合わせ等がある入院症例の場合に、在院日数や診療報酬などが特異値となってしまうことが考えられる。

様式4としてこのような症例を識別するデータを収集することにより、より精度の高いデータ収集を図り、分析精度を高めることを目的とする。

なお、様式4は、下記要領に従って提出すること。

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	退院年月日	医療保険外との組合せ
010000001	0000001256	20140405	20140706	1
010000001	0000005438	20140412	20140704	2
010000001	0000004524	20140507	20140714	1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

1. 調査対象

すべての退院症例（自費のみの症例を含む。）が原則として対象となる。

入院を通してどのような支払いがなされたのかの実績について、退院時点での確定情報で、データを作成する。

2. 入力方法

すべて半角数字でデータを入力すること。

施設コード	9桁の半角数字（都道府県番号+医療機関コード）		
データ識別番号	10桁の半角数字（満たない場合は前ゼロ追加）		
入院年月日	yyyymmdd		
退院年月日	yyyymmdd		
医療保険外との組合せ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区 分	内 容
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠責）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠責と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療
	5	その他	臓器提供者等、上記“1”～“4”以外の症例

3. ファイル

- データはテキストファイルタブ区切りとする。
- 様式4の入力データフォーマット（エクセルファイル等）は配布しない。

Q&A

Q：正常分娩で自費にて入院したが、一部投薬のみ医科保険の適用となった。この場合「医療保険外との組み合わせ」はどのようになるのか。

A：「5.その他」となる。

Q&A

Q：医科と歯科レセプトの併用の患者が先進医療を行った場合の「医療保険外との組み合わせ」はどのようになるのか。

A：先進医療を優先し「4:保険と他制度の併用」となる。

Q&A

Q：オムツ代、病衣代、個室代のかかった患者の「医療保険外との組み合わせ」は「4. 保険と他制度の併用」となるのか。「5. その他」となるのか。

A：様式 4 の「医療保険外との組み合わせ」は医科保険の適用範囲（入院料や手術等）を指し、オムツ代等は自費とはいわない。医科保険で適用される範囲が自費だったのか保険だったのかで判断のこと。

Q&A

Q：正常分娩で自費にて入院したが、帝王切開となり医科保険に切り替えた。この場合「医療保険外との組み合わせ」はどのようになるのか。

A：「5. その他」となる。

Q&A

Q：検診入院も含め全患者分が必要か。

A：必要。全患者分提出のこと。

D、E、Fファイル

Dファイルは「包括レセプト情報」、Eファイルは「診療明細情報」、Fファイルは「行為明細情報」である。

これらのファイルについては、レセプトデータダウンロード方式 (RDDL方式) を導入して作成することが有効であり、RDDL方式については資料『DPC導入の影響評価』に係るレセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集について』(第10版 厚生労働省保険局医療課) にその詳細が提示されているので、「Ⅲ 関係資料」に掲載の当該資料を参照すること。

Q&A

Q：データを再提出したいが、作成する時点が異なるため、異なるデータとなってしまうがよろしいか。
例)

- ・保留レセプトとしていたものが初回提出分には出力されていないが、レセプトが確定したため今回再提出分に反映される。
- ・健康保険証の提出がなかったため自費扱いとなり DEF ファイルの対象外だったが、後日提出があり対象になり、今回再提出分に反映される。

A：データを再作成した時点のものでよい。但し、様式4を確認し修正が必要であれば、様式4も修正、再提出のこと。

Q&A

Q：当院はDPC準備病院であるが、退院時処方においてFファイルのF19出来高包括フラグは「1」としなければならないのか。

A：そのとおり。DPC準備病院であっても例外なく退院時処方「1」とする。エラーと思われるものについては、DPC準備病院であっても再提出を求める。

Q&A

Q：当院はDPC対象病院であるが、DPC算定患者分のみ退院時処方においてFファイルのF19出来高包括フラグを「1」とすればよいのか。

A：DPC算定、出来高に関係なく、退院時処方であれば必ず「1」とすること。

Q&A

Q：退院時処方とはなにか。

A：退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方すること。

Q&A

Q：入院日Ⅲを超えて化学療法等を初めて実施した場合、当該化学療法薬については算定することはできないが、Fファイルへの出力はどうするか。

A：入院日Ⅲを超えて初めて化学療法等を実施し請求できない場合であっても、当該薬剤等についてはF-18出来高実績点数に点数を計上した上で出力すること。